

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Niilo Hämäläinen, Johanna Järvisoutu ja Annina Mättö

Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielen- terveyspotilasta kohtaan

Opinnäytetyö 2013

Tiivistelmä

Niilo Hämäläinen, Johanna Järvisen ja Annina Mättö

Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan, 47 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2013

Ohjaaja: lehtori Tuula Juvakka Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tarkoituksena oli myös tutkia heidän valmiuksiaan lähteä mielenterveyshoitotyön harjoittelujaksolle, sekä sitä, kuinka harjoittelujakso muutti opiskelijoiden asenteita. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Tutkimusotokseen kuuluivat Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan koulutusohjelmien nuorisoryhmien sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja ensihoitajaopiskelijat, jotka olivat suorittaneet mielenterveyshoitotyön opintojakson vuoden 2012 loppuun mennessä. Kokonaisotanta oli yhteensä 87. Aineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä, ja vastausprosentiksi saatiin 35,6 (N=31)

Opinnäytetyön kysely koostui taustatiedoista, strukturoiduista kysymyksistä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä. Taustatiedoista ja strukturoiduista kysymyksistä tehtiin kuvaajia Webropol- ja Excel-ohjelmien avulla. Näin vastauksista saatiin frekvenssit, keskiarvot ja prosenttiosuudet. Avoimesta kysymyksestä otettiin suoria lainauksia opinnäytetyön tuloksiin.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen terveysalan opiskelijoista 84 prosentin (n=26) asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan muuttuivat positiivisempaan suuntaan. Vastaajista suurin osa koki harjoittelun jälkeen, etteivät mielenterveyspotilaat ole muita potilaita vaarallisempia, tai pelottavampia. Terveysalan opiskelijat kokivat, etteivät mielenterveyshoitotyön opinnot olleet riittävän käytännönläheisiä, ja että mielenterveyshoitotyön opintoja ei ollut opinto-ohjelmassa riittävästi.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveyshoitotyön opintojen kehittämisessä. Opinnäytetyön tulosten perusteella opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilasta kohtaan tulisi tutkia tarkemmin, jotta asenteet tiedostettaisiin, ja jotta niihin voitaisiin vaikuttaa jo mielenterveyshoitotyön opintojen aikana.

Avainsanat: asenteet, mielenterveyspotilas, mielenterveyshoitotyön harjoittelu, terveysalan opiskelijat

Abstract

Niilo Hämäläinen, Johanna Järvisoutu ja Annina Mättö

Attitudes of Nursing Students about Patients with Mental Illnesses, 47 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Program in Nursing

Bachelor's Thesis 2013

Instructor: Senior Lecturer Tuula Juvakka, Saimaa University of Applied Sciences

The aim of this thesis was to examine health care student attitudes towards mental patients in Saimaa University of Applied Sciences. The aim was also to examine their capacity to start the mental health care clinical practice and how the clinical practice experience changed the attitudes.

This thesis was accomplished using the quantitative research method. In the sample were included the students of nursing, public health nursing and paramedic nursing in the Saimaa University of Applied Sciences, who had completed their clinical practice by the year 2012. The survey included questions of student backgrounds, structured questions and one open question. With Webropol and Excel programs, graphs were made and frequencies, means and percents were derived. Straight quotations were taken from the answers to the open question. There were approximately 87 students, and the response rate was 35.6%.

Thesis results showed that after the mental health care clinical practice, the attitudes of 84% of the health care students were more positive towards the mental health patients. The larger part felt after the practice that mental health patients are not more frightening or dangerous than other patients. Health care students also felt that theory studies were not practical enough and that there were not enough of mental health studies.

The results of this thesis can be used in improving the mental health studies in Saimaa University of Applied Sciences. Based on the results of this thesis, students attitudes should be examined more closely so that the attitudes would be acknowledged and might be better supported during mental health studies.

Keywords: attitudes, mental health patient, mental health clinical practice, health care students

Sisällys

| | |
|--|----|
| 1 Johdanto | 5 |
| 2 Mielenterveys..... | 6 |
| 2.1 Mielenterveys - käsite..... | 6 |
| 2.2 Mielenterveys ja Suomi | 7 |
| 3 Yleisimmät mielenterveyden häiriöt | 8 |
| 3.1 Psykoottiset mielenterveyden häiriöt | 8 |
| 3.2. Mielialahäiriöt | 10 |
| 3.3 Ahdistuneisuushäiriöt | 11 |
| 3.4 Persoonallisuushäiriöt | 12 |
| 4 Asenteet..... | 13 |
| 5 Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveyshoitotyön opinnot.. | 15 |
| 5.1 Hoitotyön ja ensihoidon opiskelijat | 15 |
| 5.2 Mielenterveyshoitotyön opinnot | 15 |
| 6 Opinnäytetyön tavoitteet..... | 17 |
| 7 Opinnäytetyön toteutus..... | 17 |
| 7.1 Tutkimusotos ja aineiston keruu | 17 |
| 7.2 Aineiston analysointi..... | 19 |
| 8 Tulokset | 20 |
| 8.1 Vastaajien taustatiedot | 20 |
| 8.2 Terveysalan opiskelijoiden asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua..... | 22 |
| 8.3 Terveysalan opiskelijoiden asenteisiin vaikuttavia tekijöitä..... | 25 |
| 8.4 Asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen..... | 28 |
| 8.4 Yhteenveto | 32 |
| 9 Kokonaisluotettavuus ja eettisyys | 33 |
| 10 Pohdinta..... | 35 |
| 10.1 Johtopäätökset | 35 |
| 10.2 Kehittämisehdotukset | 39 |
| 10.3 Jatkotutkimusaiheet..... | 40 |
| Kuviot | 42 |
| Taulukot | 43 |
| Lähteet | 44 |
| Liitteet | |
| Liite 1 Kyselylomake | |
| Liite 2 Saatekirje | |
| Liite 3 Tutkimuslupahakemus | |
| Liite 4 Strukturoiduista kysymyksistä saatujen vastausten osuudet | |

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia Saimaan ammattikorkeakoulun terveystalon opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tarkoituksena on myös selvittää heidän valmiuksiaan lähteä mielenterveyshoitotyön harjoittelujaksolle sekä sitä, kuinka harjoittelujakso mahdollisesti muutti asenteita. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella Saimaan ammattikorkeakoulun terveystalon koulutusohjelmien nuorisoryhmien opiskelijoilta; sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja ensihoitajaopiskelijoilta, jotka olivat suorittaneet mielenterveyshoitotyön opintojakson vuoden 2012 loppuun mennessä.

Mielenterveyspotilaan hoitotyöhön liittyy erilaisia asenteita, ja ne vaikuttavat siihen, kuinka mielenterveyspotilaat kohdataan. Hoitohenkilöstön asenteet vaikuttavat kokonaisvaltaisesti potilaan hoitoon. (Kaappola, Luoto 2009, 16.) Opinnäytetyö on tärkeä, sillä suurin osa hoitotyöntekijöistä tulee kohtaamaan mielenterveyspotilaita uransa aikana huolimatta siitä, missä hoitotyön yksikössä työskentelee. Osittain tähän on syynä mielenterveyspotilaiden laitoshoitopaikkojen vähentäminen. Mielenterveyspotilaalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä myös mielenterveysasiakasta, – asukasta ja -kuntoutujaa. Potilaan hoitopaikka voi olla niin osasto kuin avohoidon yksikkö tai koti. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä päihdepotilaita.

Tieto ja kokemus vaikuttavat asenteisiin. Monella terveystalon opiskelijalla voi olla mielenterveyspotilaita kohtaan erilaisia asenteita jo ennen potilaan kohtaamista. Aenteet riippuvat siitä, millaista tietoa on saatu koulutuksessa tai aiemmista kokemuksista. (Kaappola, Luoto 2009, 17.) Mielenterveyshoitotyön harjoittelujakson tarkoitus on tutustuttaa hoitotyön opiskelijat mielenterveyshoitotyöhön ja – potilaisiin, jotta kaikilla olisi harjoittelun jälkeen valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas.

Kiinnostus tähän aiheeseen heräsi mielenterveyspotilaiden laitoshoitopaikkojen vähentämisen takia, jonka myötä mekin tulemme kohtaamaan mielenterveyspotilaita eri hoitotyön yksiköissä. Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan kehittää Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveyshoitotyön opintoja.

2 Mielenterveys

2.1 Mielenterveys - käsite

World Health Organization (1999) määrittää mielenterveyden hyvinvoinnintilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin ja stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle. Sigmund Freudin mukaan ”Mielenterveys on kykyä rakastaa ja tehdä työtä” (Saarelainen, Stengård, Vuori-Kemilä, 2000, 12). Lehtonen ja Lönnqvist (2007, 27) määrittelevät mielenterveyden psyykkisiä toimintoja ylläpitäväksi voimavaraksi.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2012) mukaan mielenterveys ei ole sairauksien puuttumista, vaan mielen hyvinvointia ja ihmisen kykyä selvitä arjesta. George Vaillant on jakanut positiivisen mielenterveyden kuuteen eri ulottuvuuteen: psykososiaalinen toimintakyky, positiivinen psykologinen kyky eli sopeutumiskyky, persoonallisuuden kypsyyden, sosiaalinen ja tunnepohjainen lahjakkuus, subjektiivinen hyvinvointi sekä joustavuus ja muuntautumiskyky. Brita Sohlmanin tutkimuksissa on tullut ilmi, että positiivinen mielenterveys, kuten elämän hallinta, itseluottamus ja – tyytyväisyys korreloituvat masennusoireiden puuttumisena. (Lehtonen, Lönnqvist 2007, 29.)

Mielenterveys voidaan jakaa neljään elementtiin: yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot. Yksilöllisten tekijöiden ja kokemusten osalta huomio painottuu ihmisen kykyyn hallita stressiä sekä erilaisiin selviytymis- ja sopeutumistapoihin. Mielenterveyttä rakentaviin sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutussuhteisiin vaikuttaa ihmisen sosiaalinen verkosto, johon kuuluu perhe, ystävät, koulu- ja työyhteisö sekä yhdyskunta- ja ympäristötekijät. Yhteiskunnallisia mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa yhteiskunnan poliittinen tilanne, yhteiskunnan kehitys, koulutukseen liittyvät haasteet sekä asumisen ja palveluiden saatavuus. Osaltaan myös kulttuuriset arvot, kuten arvot, säännöt, arvostukset ja kriteerit sekä leiman, syrjinnän ja poikkeavuuksien sietäminen vaikuttavat ihmisen mielenterveyteen. (Noppari, Kiiltomäki, Pesonen 2007, 13-29.)

2.2 Mielenterveys ja Suomi

Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä niitä sairastavalle. Mielenterveyden häiriöiden hoito lisää palveluiden tarvetta ja kustannuksia yhteiskunnalle tehden niistä merkittävän kulun Suomen kansanterveydelle. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys ei kymmenen vuoden aikana ole huomattavasti vähentynyt eikä kasvanut. Mielenterveyden tavallisimpia häiriöitä, kuten masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy suomalaisväestössä suunnilleen saman verran kuin muilla länsimaiden väestöillä. (Stakes 2005).

Kuntien tulee järjestää mielenterveydenpalvelut alueellaan yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa. Mielenterveydenpalvelut tulee ensisijaisesti järjestää avopalveluina, ja potilaiden oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tulisi tukea. (Mielenterveyslaki luku 1, § 3 ja 4, 2009.) Mielenterveyden palvelut koostuvat erikoissairaanhoidon palveluista, perusterveyden ja avohoidon yhteydessä annettavista palveluista sekä yksityisen terveydenhuollon ja kolmannen sektorin tarjoamista palveluista. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

Suomessa vuonna 2000 Kansaneläkelaitoksen työkyvyttömyyseläkettä sai 100 000 henkilöä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi. Mielenterveyden ongelmat eivät jakaannu Suomessa tasaisesti, vaan on huomattavissa alueellisia eroja, esimerkiksi skitsofreniaa sairastetaan selvästi enemmän Itä-Suomessa kuin muualla maassa. (Lönnqvist, 2005.)

Mielenterveyden edistäminen voidaan jakaa primaaripreventioon, sekundaaripreventioon ja tertiääripreventioon. Primaaripreventiossa pyritään mielenterveydenhäiriöiden synnyn ehkäisyyn, ja sen lähtökohtana on mielenterveydenhäiriöiden syntyyn koskevan tutkimustiedon luominen ja tiedon hyväksi käyttäminen. Sekundaaripreventiossa pyritään vähentämään sairastavuutta väestössä. Tertiääriprevention eli hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on tukea tai palauttaa mielenterveyden häiriöiden aiheuttamaa toimintakyvyn alentumista. (Lehtonen, Lönnqvist 2007, 30-31.) Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (2013) mukaan mielenterveyttä edistävää toimintaa ovat

itselle mielekäs toiminta, tyydyttävät sosiaaliset suhteet, taloudellinen turvallisuus ja terveelliset elämäntavat.

3 Yleisimmät mielenterveyden häiriöt

3.1 Psykoottiset mielenterveyden häiriöt

Psykoottisia mielenterveyden häiriöitä ovat skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoottinen häiriö ja muut psykoottiset häiriöt. Näistä psykoottisista mielenterveyden häiriöistä merkittävin on skitsofrenia. (Lönnqvist, Honkanen, 2007, 140.)

Skitsofrenia on psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö (Isohanni, Honkonen, Vartiainen, Lönnqvist 2007, 73). Koko väestöstä skitsofreniaa sairastaa noin 0,5-1,5%. Skitsofrenian synty on selitetty stressi-alttiusmallin mukaan, jossa skitsofrenia puhkeaa sille alttiilla henkilöllä yhdistettynä stressitekijään. Riskitekijöitä skitsofrenian syntyyn ovat sukulaisella esiintyvä skitsofrenia, kannabiksen käyttö, äidin raskaudenaikainen infektio, stressi, aliravitsemus, synnytyskomplikaatiot, lapsuus- ja nuoruusiän keskushermostovauriot sekä lapsuus- ja nuoruusiän traumat. Laukaisevia stressitekijöitä voivat olla muun muassa normaaliin aikuistumiseen tai parisuhteeseen liittyvä stressitekijä tai toksinen tekijä. (Käypä hoito b, 2008).

Skitsofreniaan sairastuneista kolme neljästä on kokenut ennakko-oireita kuten mielialanvaihteluita, aggressiivisuutta, epäluuloisuutta, outoja ajatuksia, käytös- ja keskittymishäiriöitä, tapaturma-alttiutta, huonoa stressinsietokykyä, vaikeuksia elämässä, unihäiriöitä ja ahdistuneisuutta (Isohanni, Honkonen, Vartiainen, Lönnqvist 2007, 82). Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat aistiharhat, erityisesti kuuloharhat, harhaluulot, hajanainen puhe ja käyttäytyminen sekä epäsopeva tunneilmaisu. Negatiivisia oireita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää ja tunneilmaisun latistuminen. (Käypä hoito b, 2008.) Skitsofrenia tarkoittaa siihen sairastuneen henkilön vaikeaa persoonallisuuden hajoamista, todellisuudentajun heikentymistä ja toimintakyvyn alentumista,

joihin liittyy sosiaalisen elämän heikentymistä (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni, Hakola. 2008, 43).

Skitsofrenian hoito on pitkäaikaista ja yksilöllistä, usein elinikäistä. Hoidon tavoitteena on poistaa ja lieventää oireita, estää psykoosioireiden uusiutumista ja parantaa potilaan psykososiaalisia taitoja. Hoidossa yhdistetään psykososiaalisia hoitomuotoja lääkehoitoon. (Isohanni ym. 2007, 73-139.) Hoito toteutetaan pääsääntöisesti avohoidossa, yhdessä potilaan, hänen läheistensä ja moniammatillisen työryhmän kesken (Käypä hoito b, 2008.)

Skitsoaffektiivisessä häiriössä yhdistyy skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön tautimuodot. Skitsoaffektiivisen häiriön kulku on vaihteleva. Tyypillisesti häiriöjakson alku on skitsofrenian harhaluulojen ja aistiharhojen hallitsemata, ja näiden jälkeen esiintyy usein mielialaoireita. Häiriöjaksot voivat kestää kuukausia, ja niihin voi liittyä psykoottisia oireita. Skitsoaffektiivisen häiriön hoidossa yhdistyvät mielialahäiriöiden ja skitsofrenian hoito. Lääkehoidossa yhdistetään psykoosilääkitys ja mielialaa tasaavat lääkkeet. (Lönngqvist, Honkanen, 2007, 144-147.) Myöhemmin teoriaosassa esitellään lähemmin kaksisuuntainen mielialahäiriö, eli bipolaarihäiriö.

Harhaluuloisuushäiriön oireina ovat harhaluulot eli deluusiot. Harhaluulot ovat ajatuksia tai uskomuksia, joihin harhaluuloisuushäiriötä sairastava henkilö uskoo, vaikka niitä vastaan olisi merkittäviäkin tekijöitä. Tätä häiriötä sairastavilla henkilöillä on useasti persoonallisuuden rakennepoikkeama. Yleisimpiä harhaluuloja ovat vainoharhat, somaattiset harhat, erotomaaniset eli kiintymysharhat, suuruusharhat ja mustasukkaisuusharhat. Harhaluuloisuushäiriöt ovat yleisimpiä keski-ikäisillä, mutta niitä voi esiintyä myös nuoremmilla, sekä iäkkäillä. Harhaluuloisuushäiriön hoidon haastavuutena on sairastavien henkilöiden sairaudentunnon puuttuminen. Harhaluuloisuushäiriöiden hoito koostuu lääkehoidosta, psykoterapiasta ja psykososiaalisesta tuesta. (Lönngqvist, Honkanen 2007, 147- 152; Lepola ym. 2008, 54- 58.)

Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö tarkoittaa psykoottista jaksoa, joka kestää päivästä yhteen kuukauteen. Lyhytkestoisen psykoosin jälkeen henkilö toipuu

täysin. Lyhytkestoinen psykoosi liittyy yleisesti voimakkaisiin stressitekijöihin, kuten erojen ja menetysten yhteyteen. Muita psykoottisia häiriöitä esiintyy hyvin epätyypillisinä ja myöskin tiettyyn kulttuuriin sidonnaisina. Näihin epätyypillisiin psykooseihin liittyvät harhaluulot, aistiharhat tai selvästi hajanaiset käyttäytymispiirteet. (Lönnqvist, Honkanen 2007, 152-153.)

3.2. Mielialahäiriöt

Masennushäiriön, eli depression vuosiesiintyvyys aikuisväestössä on noin 5 prosenttia. Depression havaitseminen perusterveyden hoidon piirissä on haastavaa, koska yleisesti ottaen potilaat hakeutuvat hoidon piiriin vasta kun oireet ovat pitkittyneet ja niihin liittyy työkyvyttömyyttä. Masennustilat jaetaan masennustiloihin ja toistuviin masennustiloihin, jotka jaetaan oireiden perusteella lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottistasoihin masennustiloihin. Masennushäiriön syntyyn liittyy biologisia ja sosiaalisia vaaratekijöitä. Masennushäiriön voi laukaista kielteinen elämäntapahtuma yhdistettynä geneettiseen alttiuteen. Usealla masennushäiriötä sairastavalla esiintyy myös ahdistuneisuus-, persoonallisuus-, tai päihdehäiriötä. (Käypä hoito 2010.) Masennuksen oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne, toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös, keskittymiskyvyttömyys, psykomotorinen hitaus, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutos. Depression hoidossa yhdistyvät lääkehoito ja psykoterapia, myös liikunta on osa kokonaishoitoa. (Isometsä 2007, 157–195.) Vaikeissa tai psykoottistasoisissa masennushäiriöissä hoitona voidaan käyttää sähköhoitoa (Käypä hoito, 2010).

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä eli bipolaarihäiriössä esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania- ja maniajaksoja, tai sekamuotoisia sairausjaksoja, sekä vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita. Sairausjaksojen kestot ja lukumäärät ovat yksilöllisiä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä Suomessa ei tarkalleen tunneta. Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa yleisesti depressiolla, jonka jälkeen mania alkaa usein äkillisesti. Hypomanian ja manian oireita ovat kohonnut mieliala, poikkeuksellinen avoimuus tai ärtyisyys,

toimeliaisuuden lisääntyminen, fyysinen aktiivisuus, puheliaisuuden lisääntyminen ja hajanaisuus, unen tarpeen vähentyminen ja seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen. Hypomanian ja erityisesti manian aikana bipolaarihäiriöpotilas saattaa joutua vakaviin ongelmiin hakeutumalla harkitsemattomiin parisuhteisiin, käyttäytymällä liikenteessä piittaamattomasti, käyttämällä liikaa päihteitä tai hoitamalla talousasioita huolettomasti. Sairauteen liittyy myös kohonnut itsemurhariski. Hoidon onnistumisen ehtona on oikean sairauden vaiheen hoito. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito yhdistyy lääkehoidosta ja psykososiaalisista hoitomuodoista. Maanisen vaiheen hoito tulisi aloittaa mahdollisimman pian sen alkamisesta. Manian hoito akuuttivaiheessa vaatii psykiatrasta sairaalahoitoa, ja tarvittaessa hoito aloitetaan tahdosta riippumatta. (Käypä hoito a, 2008; Lepola ym. 2008, 68-70.)

3.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat tavallisimpia mielenterveydenhäiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat vakavaa toiminnantason heikentymistä, ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät potilaat ovat terveyspalveluiden suurkuluttajia. Taudinkuva on usein pitkäkestoinen ja elinikäinen. Ahdistuneisuushäiriöt jaetaan pelko-oireisiin ahdistuneisuushäiriöihin ja muihin ahdistuneisuushäiriöihin. (Lepola ym 2008, 77–79.)

Pelko-oireisiin ahdistuneisuushäiriöihin lukeutuvat julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, määritetyt yksittäiset pelot, muut pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt ja määrittämätön pelko-oireinen ahdistuneisuushäiriö. Pelko-oireisten ahdistuneisuushäiriöiden oireita ovat esimerkiksi huimaus, pyörtyminen, vatsavaivat, kontrollin menettämisen pelko ja sydämen tykytys. Ahdistuneisuushäiriöistä yleisin on sosiaalisten tilanteiden pelko, jota on arvioitu esiintyvän noin 13–14 prosentilla ihmisistä jossakin vaiheessa elämää. Pelko-oireisten ahdistuneisuushäiriöiden hoitona käytetään oppimisterapeuttisia ja kognitiivisia yksilöterapioiden yhdistettynä tarvittaessa lääkehoitoon. (Lepola ym. 2008.)

Muihin ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat eritasoiset paniikkihäiriöt ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Paniikkihäiriölle on ominaista toistuvat, yllättävät ja voimakkaat ahdistuskohtaukset. Paniikkikohtauksen somaattisia oireita ovat sydämen tykytys, hengenahdistus, tukehtumisen tunne, huimaus, pyörtymisen tunne, vapina, tärinä, hikoilu, kuumat aallot, pahoinvointi ja vatsakivut. Paniikkihäiriöön liittyy usein depressiota. Paniikkihäiriön hoidon tavoitteena on poistaa paniikkikohtaukset ja häiritsevät välttämiskäyttäytymiset. Hoito muodostuu lääkehoidosta ja kognitiivisesta psykoterapiasta. (Lepola ym. 2008, 84–91.) Koposen (2007, 256–260) mukaan yleistyneeseen ahdistuneisuuteen kuuluu ylenmääräistä tai epärealistista huolestuneisuutta usealla elämän osa-alueella (työ, terveys, talousasiat, parisuhde, opiskelu) ja lukuisia somaattisia jännittyneisyyden oireita. Taudin esiintyvyys väestössä on 1,2–6,7 prosenttia. Lepolan (2008, 95–97) mukaan yleistynyt ahdistuneisuushäiriö alkaa tavallisesti noin 20 vuoden iässä. Häiriöön liittyy huomattavaa toimintakyvyn alentumista. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito yhdistyy masennuslääkehoidosta ja kognitiivisesta psykoterapiasta.

3.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ilmenevät poikkeavina persoonallisuudenpiirteinä. Persoonallisuushäiriöt ovat seurausta syvälle juurtuneista haitallisista käyttäytymismalleista, jotka häiritsevät henkilön elämää monella elämän osa-alueella. Persoonallisuushäiriötyyppejä ovat epäluuloinen persoonallisuus, eristäytyvä persoonallisuus, epäsosiaalinen persoonallisuus, tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus, huomiohakuinen persoonallisuus, vaativa persoonallisuus, estynyt persoonallisuus ja riippuvainen persoonallisuus. (Lepola ym. 2008, 109–121.)

Lapsuuden varhaiset vuorovaikutustekijät, eli niin sanotut ympäristötekijät, ovat korostuneet persoonallisuushäiriöiden muodostumisessa. Näitä lapsuuden vuorovaikutustekijöitä ovat psyykkiset traumat, psykososiaaliset vaikeudet ja ihmissuhdeongelmat. Persoonallisuushäiriöt kehittyvät viimeistään varhaisessa aikuisiässä. Persoonallisuushäiriöitä esiintyy väestössä noin 10 – 14 prosentilla, ja ne ovat yleisimpiä miehillä kuin naisilla. Kuitenkin esimerkiksi riippuvainen persoonallisuushäiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä (Lepola ym. 2008, 109–

121.) Persoonallisuushäiriöiden hoitoa on pidetty haasteellisena, koska henkilö jolla on persoonallisuushäiriö, pitää omia käyttäytymiskaavojaan ja vuorovaikutustapojaan osana itseään. Persoonallisuushäiriöitä hoidetaan erilaisilla psykoterapioilla. Persoonallisuushäiriöihin voi liittyä muita mielenterveyden häiriöitä, esimerkiksi masennustila tai paniikkihäiriö, joita tulee hoitaa asianmukaisesti. (Marttunen, Eronen, Henriksson 2007, 522).

4 Asenteet

Tässä opinnäytetyössä asenteella tarkoitetaan terveysalan opiskelijan tapaa reagoida mielenterveyspotilaaseen ja mielenterveyshoitotyöhön tietyllä tavalla. Opinnäytetyön oletuksena on, että asenteilla on vaikutusta terveysalan opiskelijoiden käyttäytymiseen ja työskentelyyn. Tässä opinnäytetyössä asenteilla viitataan positiivisiin sekä negatiivisiin ajatuksiin mielenterveyspotilaita kohtaan. Asenteen määrittämisen pohjana on käytetty Ranteen (2007) Pro-gradu tutkielmaa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista oikeuttaa potilaan saamaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa, ilman että häntä syrjitään terveydentilansa vuoksi. Potilaan yksityisyyttä tulee kunnioittaa, eikä hänen ihmisarvoaan saa loukata (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (luku 2, § 3,) 1993.) Kaikkien hoitajien velvollisuus on auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa lisäämällä potilaiden voimavaroja ja parantamalla heidän elämänsä laatua. Hoitajat kunnioittavat potilaan itsemääräämisoikeuksia ja mahdollistavat potilaan osallistumisen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996.)

Asenne sanana voidaan käsittää tunteiden, ajatusten sekä toiminnan kokonaisuutena. Asenteilla voidaan tarkoittaa lisäksi yleistä ja pysyvää tunnetta jostakin asiasta. Se voi olla negatiivista tai positiivista tunnetta asiaa kohtaan. Asenne on siis opittua ja tunteenomaista havaitsemis- ja toimintavalmiutta. (Saarniaho 2005.)

Asenne tulee ilmi kognitiivisen, affektiivisen ja toiminnallisen käytöksen alueella. Kognitiivinen asenne tarkoittaa tietoja ja uskomuksia, joita henkilöllä on

kohdetta arvioidessaan. Affektiivinen osa-alue ilmenee tunne-elementteinä, jotka liittyvät kohteeseen. Toiminnallinen käytös tarkoittaa halukkuutta ja toimintavalmiutta, ja se sisältää myös reaktiot, ilmeet ja eleet. Täydellinen asenne käsittää kaikki kolme osa-aluetta, mutta jonkun näiden edellä mainituista puuttuessa, voidaan todeta asenteen olevan vasta kehittymässä. (Tampereen yliopisto 2002.)

Asenteille tyypillistä on niiden pysyvyys ja se, etteivät ne muutu helposti. Asenteet ovat joissakin tapauksissa rinnastettavissa persoonallisuuden piirteisiin (Tampereen yliopisto 2002). Asenteet opitaan varhain. Mallit ja niihin samaistuminen tiedostamatta vaikuttavat asenteiden muodostumiseen, mutta myös rangaistukset tai palkkiot voivat vaikuttaa niihin (Saarniaho 2005). Käytännössä henkilö oppii toisten ihmisten kertomuksista sekä omista kokemuksistaan (Hämäläinen 2006, 24).

Asenteiden muuttuminen voi tapahtua monella tapaa: tiedostamatta, tiedostaen tai spontaanisesti. Asenteita voidaan muuttaa propagandalla, mainonnalla, psykoterapialla ja kasvatuksella tai koulutuksella. Yleistä niille on se, että niissä vedotaan tunteisiin ja mielipiteisiin vaikuttamalla käsityksiin. Asenteiden muutosta voi hidastaa henkilön oma asenne, itsemääräämisoikeus ja tietoinen suojautuminen tiettyjä asenteita vastaan (Saarniaho 2005). Yleisesti asenne muodostuu siten, miten asioita ajatellaan kohdetta tarkastellessa. Myönteiset ajatukset syntyvät positiivisesta mielikuvasta ja kielteinen asenne negatiivisista ajatuksista. (Tampereen yliopisto 2002.) Asenteiden muodostus on jatkuva prosessi, joka voi aiheuttaa ristiriitoja henkilölle. Asenne ja käyttäytyminen eivät aina kohtaa toisiansa. Tällöin henkilö selittää ja hakee perusteita käytökselleen. (Hämäläinen 2006, 25.)

Asenteilla on monia tehtäviä. Henkilö voi niiden kautta hallita asioitaan ja havaintojaan, ymmärtää maailmaa ja selittää sitä. Lisäksi niiden kautta henkilö voi kertoa arvomaailmastaan ja vaikuttaa toisiin ihmisiin. Asenteilla henkilöt voivat suojella itseään tai määrittää suhdettaan erilaisiin asioihin. (Hämäläinen 2006, 24-26.)

5 Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveyshoitotyön opinnot

5.1 Hoitotyön ja ensihoidon opiskelijat

Sairaanhoitajakoulutus kestää kolme ja puoli vuotta ja on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Terveystenhoitajakoulutus kestää neljä vuotta ja se on laajuudeltaan 240 opintopistettä. Saimaan ammattikorkeakoulun internet-sivuilta löytyy kuvaus hoitotyön opinnoista ja siitä, millaisia hoitajia koulusta valmistuu. Hoitotyön koulutusohjelmasta valmistuvat ovat hoitotyön tiedot ja taidot hallitsevia ammattilaisia. Heidän toimintansa on terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Hoitajat kohtaavat nopeasti vaihtuvia tilanteita, jotka edellyttävät itsenäistä päätöksentekoa. Koulutuksesta saa valmiuksia stressin ja oman elämän hallintaan. Perusopintoihin sisältyy esimerkiksi kieliopintoja, hoitotyön menetelmiä, sekä anatomiaa ja fysiologiaa. Ammatillisiin opintoihin kuuluu ihmisen terveyden edistämistä ja tukemista, lääkehoitoa, mielenterveyshoitoa, hoitotyötä ihmisen ja perheen elämänkulun eri vaiheissa, avoterveyden huoltoa, sekä kotihoitoa. (Saimaan ammattikorkeakoulu 2012.)

Ensihoidon koulutus kestää neljä vuotta ja on laajuudeltaan 240 opintopistettä. Ensihoitajan tehtävät edellyttävät merkittävää lääketieteellistä osaamista, sekä hoitotyön soveltamistaitoja vaihtelevissa hoito- ja palvelutilanteissa ja ennen kaikkea valmiuksia hoitaa potilasta turvallisesti erilaisissa toimintaympäristöissä. Opiskelu on käytännönläheistä ja opintoihin kuuluu pitkiä harjoittelujaksoja sairaalassa ja ambulansseissa. Ensihoitajakoulutus sisältää sairaanhoitajakoulutuksen. (Saimaan ammattikorkeakoulu, koulutustarjonta 2012.)

5.2 Mielenterveyshoitotyön opinnot

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä Saimaan ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden, eli sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden, mielenterveyshoitotyön jakso on laajuudeltaan 18 opintopistettä, josta puolet, eli yhdeksän pistettä, on teoriaopintoja, ja puolet kuuden viikon pituista

mielenterveys- ja päihdehoitotyöharjoittelujaksoa opiskelijan valitsemassa mielenterveys- ja päihdehoitotyön yksikössä. Teoriaopinnot sisältävät päihdehoitotyötä, kliinistä psykologiaa, sekä yksilöllistä ja yhteisöllistä psykiatriasta hoitotyötä. Lisäksi lääketieteellisiin opintoihin kuuluu psykiatria, joka on laajuudeltaan 1,5 opintopistettä. (Saimaan ammattikorkeakoulu, SoleOPS 2012.)

Ensihoitajaopiskelijoilla mielenterveyshoitotyön jakso on hoitotyön opiskelijoita lyhyempi. Laajuudeltaan mielenterveyshoitotyön opinnot ovat 12 opintopistettä, joka sisältää samat teoriaopinnot kuin hoitotyön opiskelijoilla, ja neljän viikon harjoittelujakson, joka on laajuudeltaan kuusi opintopistettä. (Saimaan ammattikorkeakoulu, SoleOPS 2012.)

Mielenterveyshoitotyön harjoittelun lähtökohdat eroavat aiemmista harjoitteluista, koska mielenterveydenhäiriöt koetaan usein abstrakteiksi ja pelottaviksi. Mielenterveyshoitotyön toimintamenetelmiä on vaikea opiskella etukäteen, minkä vuoksi moni terveysalan opiskelija kokee, että harjoittelun alkaessa valmiuksia psykiatrisen potilaan kanssa työskentelyyn ei ole. (Hietamäki, Koskinen, Nurro 2008.)

Terveysalan opiskelijoille mielenterveyshoitotyön harjoittelun tavoitteita ovat kokonaiskäsityksen saaminen mielenterveystyöstä, sekä perehtyminen päihdehoitotyöhön, potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi työryhmän kanssa, ammatillisen vuorovaikutuksen luominen, kriisi- ja supportiivisen hoitosuhteen toteuttaminen, tutustuminen mielenterveyspotilaan lääkehoitoon, kyky toimia mielenterveyshoitotyön tiimin jäsenenä, harjaantuminen hoidollisten ryhmien ohjaamisessa sekä työhajauksen merkityksen ymmärtäminen. (Saimaan ammattikorkeakoulu, Moodle-alusta 2012.) Sairaanhoitajaopiskelijoiden on myös mahdollista suorittaa syventävä 18 opintopisteen harjoittelu mielenterveysyksikössä.

Ensihoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön opintojakson tavoitteita ovat perehtyminen kliinisen psykologian keskeisiin kysymyksiin, kokonaiskäsityksen saanti mielenterveystyöstä, teoreettisten ja menetelmällisten valmiuksien saanti yksilö-, ryhmä-, yhteisö-, verkosto- ja kriisihoitotyöhön, perehtyminen

päihdetyön tietoperustaan sekä päihdehoitotyön toteuttamisen osaaminen, perehtyminen psykiatriseen lääkehoitoon ja työnohjauksen merkityksen ymmärtäminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. (Saimaan ammattikorkeakoulu, SoleOPS 2012.)

6 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilasta kohtaan, ja kuinka nämä asenteet mahdollisesti muuttuivat mielenterveyshoitotyön harjoittelun aikana. Lisäksi tutkimme, mikä näihin asenteisiin vaikuttaa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveyshoitotyön opintojen kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia asenteita terveysalan opiskelijoilla on mielenterveyspotilasta kohtaan
 - a) ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua
 - b) mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen?
- 2 Mitkä seikat ovat vaikuttaneet terveysalan opiskelijoiden asenteisiin?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Tutkimusotos ja aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimusotokseen valittiin Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan nuorisoryhmät eli hoitotyön- ja ensihoidon koulutusohjelman nuoriso-opiskelijat. Valitut ryhmät ovat suorittaneet mielenterveyshoitotyönjakson vuoden 2012 loppuun mennessä. Valitut ryhmät ovat sairaanhoitajaryhmät Sh-S10A, Sh-S10B ja Sh-SK11, terveydenhoitajaryhmä T8 sekä ensihoitajaryhmä E-S10. Opinnäytetyön kokonaisotanta (N) on 87. Tutkimusotokseen valitut opiskelijaryhmät noudattavat väistävää Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaa. Valitut ryhmät rajattiin terveysalan nuorisoryhmiin, koska aikuisopiskelijoilla voi olla enemmän aiempaa kokemusta mielenterveyspotilaista. Toiminta- ja

fysioterapeuttiopiskelijat sekä sosiaali-alan opiskelijat on rajattu opinnäytetyön tutkimusotoksesta pois mielenterveysopintojen ja työnkuvan erilaisuuden vuoksi.

Opinnäytetyön lähestymistapa on kvantitatiivinen eli määrällinen. Tässä tutkimusmuodossa objektiivisuus syntyy siten, että vastaaja on erillään tutkijasta. Opinnäytetyössä käytetään kyselylomaketta vastausten saamiseksi. Tähän tutkimusmalliin sisältyy tilastolliset ja laskennalliset analyysimenetelmät (Jyväskylän yliopisto 2012). Aineiston keruu suoritetaan Survey-kyselyllä, jonka tarkoituksena on saada kerättyä tietoa tietyin kriteerein valitulta osanottajajoukolta samoilla kysymyksillä (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2007). Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä. Webropol valittiin sen helppokäyttöisyyden, selkeyden ja aiempien hyvien kokemusten perusteella (Herttuainen, Putkonen 2013; Ranne 2007).

Opinnäytetyön kyselylomakkeesta saatiin palautetta opinnäytetyön opponenteilta. Heitä pyydettiin antamaan mittarista mahdollisia parannusehdotuksia. Näin kyselylomakkeesta saatiin luotettavampi.

Opinnäytetyön kyselyn sähköinen linkki lähetettiin koulun sähköpostiin tutoropettajien ja ryhmän vanhimpien välityksellä elokuussa 2013. Kyselylomakkeen kanssa lähetettiin informatiivinen saatekirje (Liite 2), josta ilmeni opinnäytetyön tarkoitus, tekijät, vastausaika, kyselyn ohjeistus ja maininta anonymiteetin säilymisestä. Kolmannen viikon jälkeen lähetettiin kyselyn sähköinen linkki opiskelijoille toisen kerran alhaisen vastausprosentin vuoksi. Yhteensä vastausaikaa kyselyyn oli neljä viikkoa.

Kysymyksien pituus laadittiin siten, ettei niistä tullut liian pitkiä tai vaikeaselitteisiä. Kaikki kyselylomakkeen kysymykset esitettiin sinutellen vastaajia. Vastaajien taustatietoja tiedusteltiin vain sen verran kuin se oli tarpeellista tutkimusta ajatellen. Liian suuri kysymysmäärä taustoista voi karkottaa vastaajan. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2007.) Saman aihepiirin kysymykset järjestettiin kysymyssarjoissa, jotta vastaaminen olisi helppoa ja yksinkertaista (Kvantimotiv 2010).

| Kysymys | Numero |
|--|---------|
| Taustatiedot | 1 – 8 |
| Asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua | 9 – 10 |
| Asenteisiin vaikuttaa | 11 - 12 |
| Asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen | 13 - 14 |
| Avoin kysymys | 15 |

Taulukko 1. Mittarin rakenne ja kattavuus.

Kyselylomakkeessa on strukturoituja kysymyksiä 14 ja yksi avoin kysymys. Vastausohjeet määriteltiin tarkasti ennen kysymyksiä kyselylomakkeen alussa. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat toisensa poissulkevia epäselvyyksien välttämiseksi (Kvantimotv, 2010). Kyselylomakkeessa käytettiin yhtä dikotomista vastausvaihtoehtoa taustatiedoissa.

7.2 Aineiston analysointi

Analysointi aloitettiin perehtymällä saatuun aineistoon huolellisesti. Kaikkien vastanneiden terveysalan opiskelijoiden vastaukset analysoitiin (N=31). Strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisesti Webropol-sovelluksella, joka antoi vastauksista suorat jakaumat. Analysoinnissa käytettiin erilaisia tunnuslukuja, kuten prosentteja, keskiarvoja, moodeja ja frekvenssejä. Näin aineistosta saatiin numeraalista tietoa. Tuloksia esitettiin sanallisesti, kuvioilla ja kaavioilla (Heikkilä 2005). Kuvaajat toteutettiin Microsoft Excel 2010 – laskentataulukko-ohjelmalla viemällä saatu aineisto siihen suoraan Webropol-

sovelluksesta. Aineiston pienestä koosta johtuen miesten ja naisten vastauksia ei vertailtu keskenään.

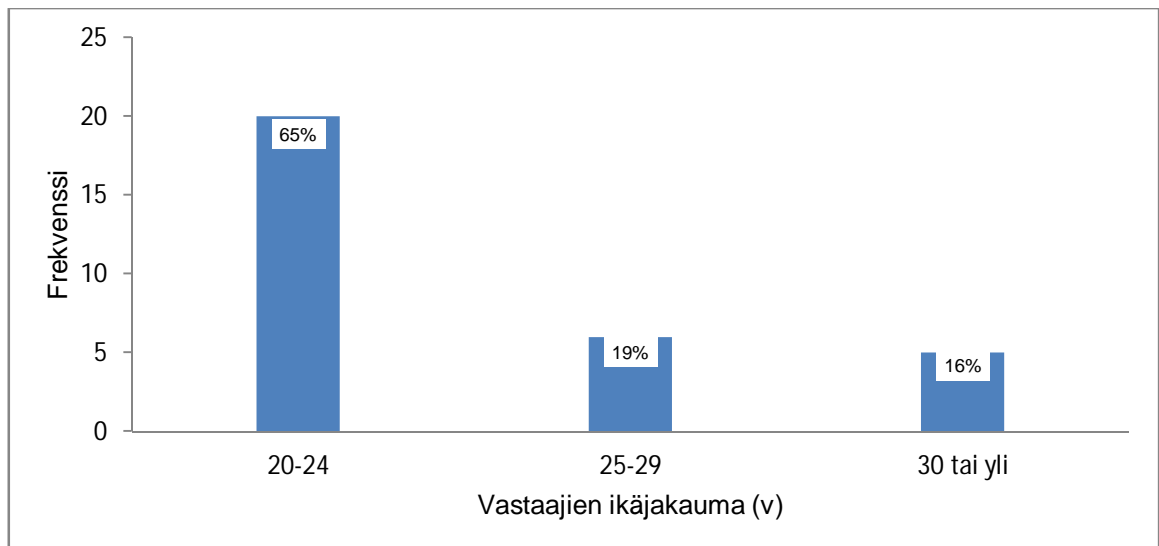
Opinnäytetyön kyselyssä oli yksi avoin kysymys: ”Mitä muuta haluat sanoa opinnäytetyön aihepiiriin liittyen (esim. mielenterveyshoitotyöstä, -harjoittelusta, -opinnoista ja/tai mielenterveyspotilaan kohtaamisesta)?”. Avoimeen kysymykseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Tähän kysymykseen vastauksia saatiin yhteensä seitsemältä terveysalan opiskelijalta. Avoimen kysymyksen vastaukset luettiin läpi useaan kertaan. Avoimista vastauksista on käytetty suoria lainauksia tarkentamaan ja tukemaan opinnäytetyön tuloksia.

8 Tulokset

8.1 Vastaajien taustatiedot

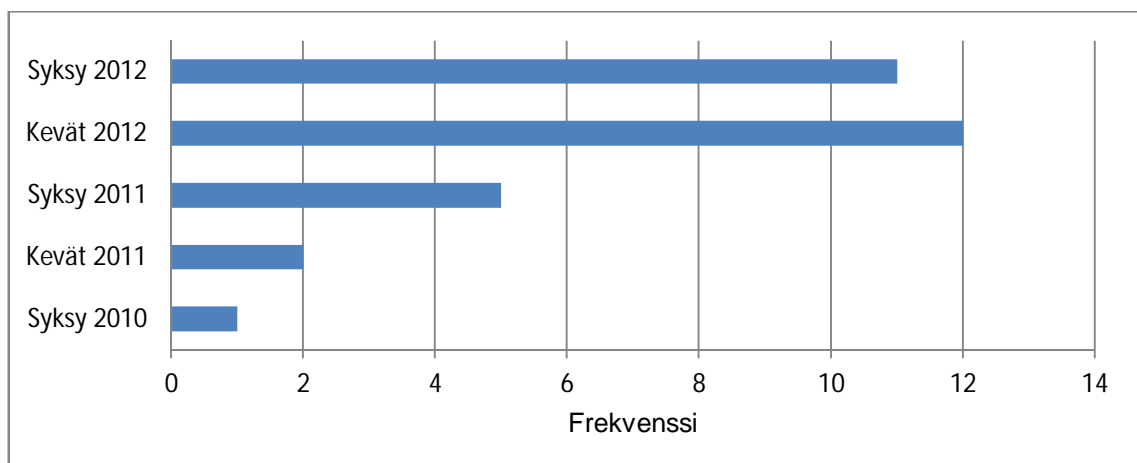
Terveysalan opiskelijoilta kysyttiin taustatietoina sukupuolta, ikää, koulutusohjelmaa, aiempaa terveysalan koulutusta ja mielenterveyshoitotyön harjoittelun ajankohtaa. Lisäksi opiskelijoilta kysyttiin, oliko mielenterveyshoitotyön harjoittelupaikka sairaalan psykiatrinen osasto vai avohoidon yksikkö, ja oliko mielenterveyshoitotyön harjoittelupaikka aikuisten vai lasten- ja nuorten yksikkö. Opinnäytetyön kokonaisotokseen kuului yhteensä 87 terveysalan opiskelijaa, ja kyselyyn vastasi 31 terveysalan opiskelijaa. Vastausprosentiksi tuli tällöin 35,6.

Vastaajista 84 % (n=26) oli naisia ja 16 % (n=5) miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 25 vuotta, mediaani 23 vuotta ja moodi 23 vuotta. Vastaajista suurin osa oli 20-24 vuotiaita (Kuvio 1). Vastaajien iät luokiteltiin kolmeen eri luokkaan, jotta tulosten esittäminen olisi selvempää.



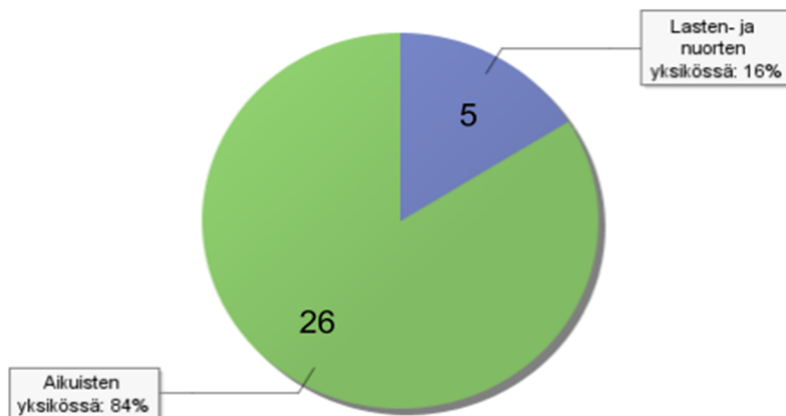
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (N=31)

Vastaajista 84 % (n=26) oli sairaanhoitajaopiskelijoita, 16 % (n=5) terveydenhoitajaopiskelijoita ja 0 % (n= 0) ensihoitajaopiskelijoita. Vastaajista 16 %:lla (n=5) oli jokin aiempi terveystieteen koulutus, joista merkittävin oli lähihoitajan koulutus (80% ,n =4). Aiemmillä terveystieteen koulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta terveystieteen opiskelijoiden asenteisiin.



Kuvio 2. Vastaajien mielenterveyshoitotyön harjoittelun ajankohta (N = 31)

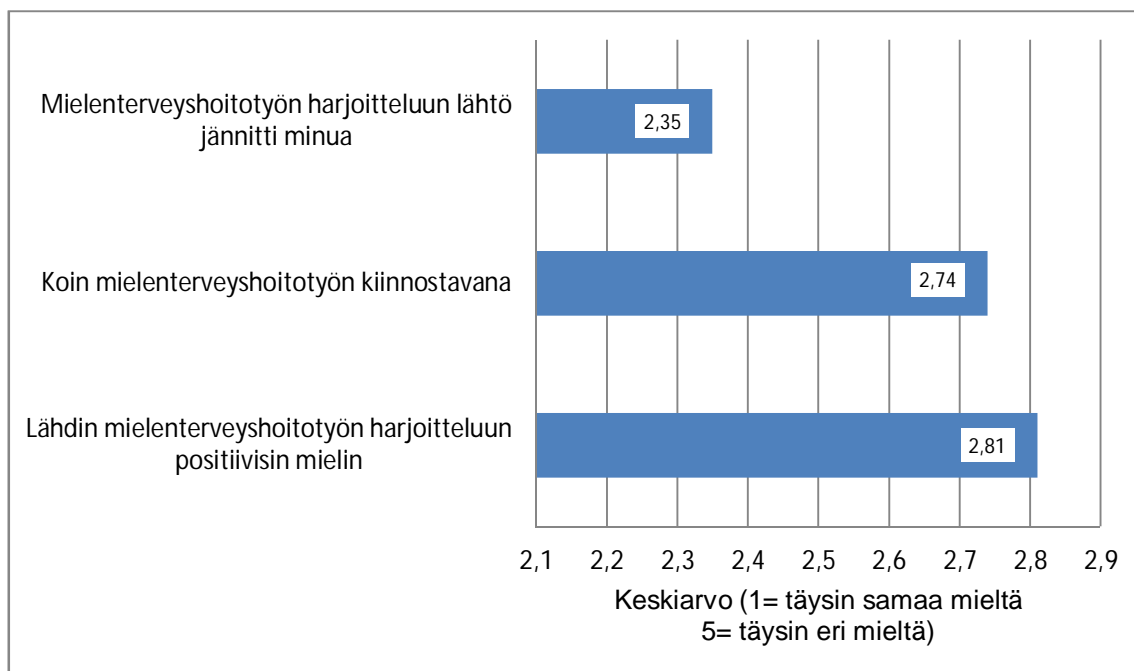
Vastaajista 49 % (N = 15) suoritti mielenterveyshoitotyön harjoittelun sairaalan psykiatrisella osastolla ja 51 % (N = 16) avohoidon yksikössä. Vastaajista 84 % (N = 26) suoritti mielenterveyshoitotyön harjoittelun aikuisten yksikössä ja 16 % (N =5) lasten tai nuorten yksikössä.



Kuvio 3. Vastaajien mielenterveyshoitotyön harjoitteluyksikkö (N = 31)

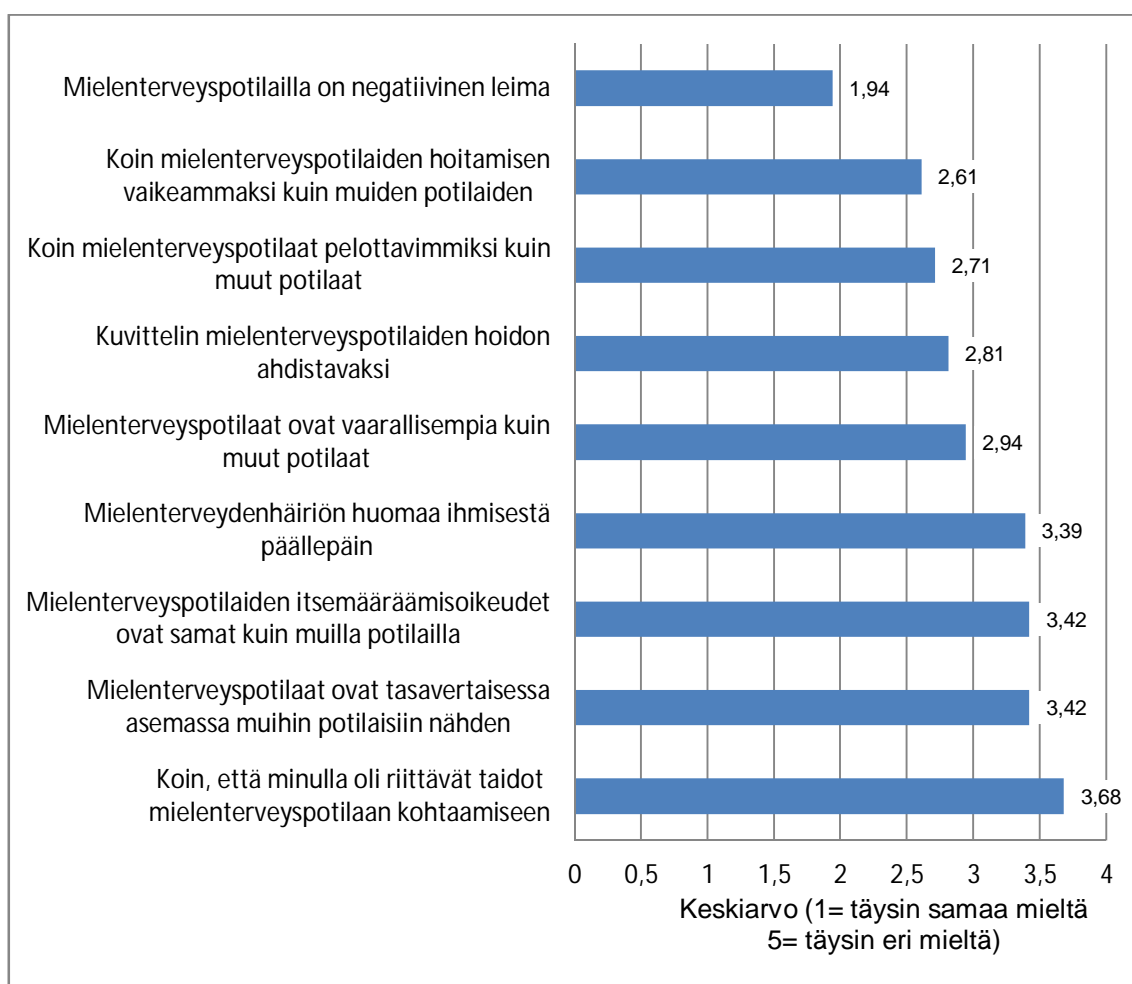
8.2 Terveysalan opiskelijoiden asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua

Terveysalan opiskelijoilta kysyttiin opinnäytetyön kyselyssä asenteita ennen harjoitteluun lähtöä. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Mitä pienempi keskiarvo on, sitä enemmän väittämästä ollaan samaa mieltä.



Kuvio 4. Vastaajien asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Väittämien keskiarvot (N=31).

Suurinta osaa kyselyyn vastanneista jännitti mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtö, vastausvaihtoehtoihin täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä vastasi 71% (n=22). Väittämään ”mielenterveyshoitotyö kiinnostaa minua” 51 % (n=16) vastasi täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä. 41 % (n=13) vastasi väittämään osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä. Väittämään ”lähdin mielenterveyshoitotyön harjoitteluun positiivisin mielin” vastaukset jakautuivat tasaisesti. Väittämän vastauksista moodi oli osittain eri mieltä (n=12), mutta täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä oli vastaajista 39 % (n=12), osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä 42 % (n=13) ja ei samaa eikä eri mieltä 19 % (n=6).



Kuvio 5. Vastaajien asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Väittämien keskiarvot (N=31).

Väittämästä ”Mielenterveyspotilailla on negatiivinen leima” suurin osa, 90 % (n=28), oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä. Väittämän moodi oli

osittain samaa mieltä (n=20). Vastaaajista 51 % (n=16) vastasi väittämään ”Koin mielenterveydenpotilaiden hoitamisen vaikeammaksi kuin muiden potilaiden” täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, vastaaajista 25 % (n=8) vastasi osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä.

Väittämän ”Koin mielenterveyspotilaat pelottavammiksi kuin muut potilaat” 58 % (n=18) vastasi osittain samaa mieltä, muihin vastausvaihtoehtoihin vastaukset jakautuivat tasaisesti. Terveysalanopiskelijoista 55 % (n=17) kuvitteli täysin tai osittain mielenterveydenpotilaiden hoidon ahdistavaksi. Väittämään ”Mielenterveyspotilaat ovat vaarallisempia kuin muut potilaat” vastaukset jakautuivat tasaisesti kohtien osittain samaa mieltä 36 % (n=11) ja osittain eri mieltä 30 % (n=9) kesken. Loput vastaukset jakautuivat muihin vastausvaihtoehtoihin niin ikään tasaisesti.

Terveysalan opiskelijat olivat ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua sitä mieltä, että mielenterveyshäiriötä ei huomaa ihmisestä päällepäin. Vastaaajista 29 %:n (n=9) mielestä ”Mielenterveyden häiriön huomaa ihmisestä päällepäin”, vastaaajista 58 % (n=18) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä tai osittain eri mieltä,.

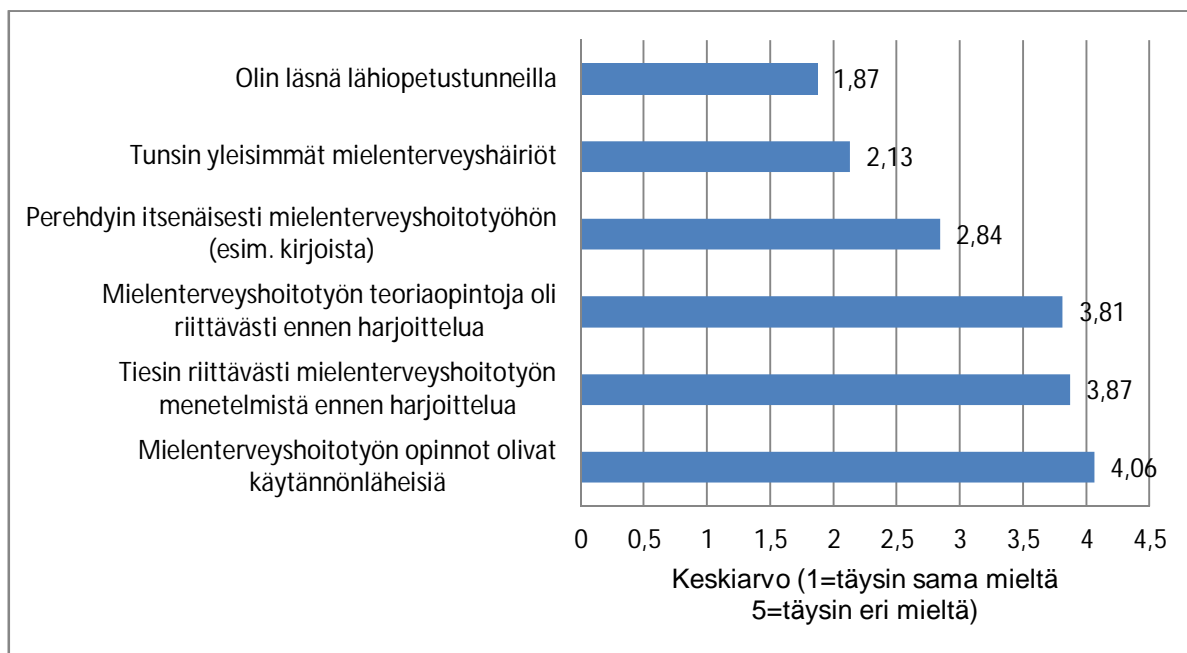
Täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä siitä, ettei mielenterveyspotilailla ole samanvertaiset itsemääräämisoikeudet kuin muilla potilailla oli opinnäytetyön kyselyyn vastanneista 68 % (n=21). 61 %:n (n=19) mielestä mielenterveyspotilaat eivät ole tasavertaisessa asemassa muihin potilaisiin nähden.

Väittämän ”Koin, että minulla oli riittävät taidot mielenterveydenpotilaan kohtaamiseen” keskiarvo oli 3,68 ja moodi osittain eri mieltä. Vastaaajista 71 % (n=22) vastasi väittämään täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä siitä, että heillä oli ollut riittävät taidot mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ennen harjoitteluun lähtöä.

” Koin ettei minulla ollut tarpeeksi valmiuksia lähteä harjoitteluun.”

8.3 Terveysalan opiskelijoiden asenteisiin vaikuttavia tekijöitä

Terveysalan opiskelijoilta kysyttiin opinnäytetyönkyselyssä koulutuksen antamia valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Mitä pienempi keskiarvo on, sitä enemmän väittämästä ollaan samaa mieltä.



Kuvio 6. Koulutuksen tarjoamat valmiudet mielenterveyshoitotyön harjoitteluun. Väittämien keskiarvot (N=31)

Terveysalan opiskelijoista suurin osa oli ollut läsnä lähiopetustunneilla. Tuntiosallistumisesta täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä oli 84 % (n=26) opiskelijoista. Vastaaajista 16 % (n=5) oli osittain eri mieltä tässä väittämässä. Opiskelijoista 84 % (n=26) koki tuntevansa yleisimmät mielenterveydenhäiriöt. Moodi väittämässä oli osittain samaa mieltä (n=20).

Vastaaajien perehtyminen mielenterveyshoitotyöhön itsenäisesti jakaantui seuraavasti: 35 % (n=11) oli osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä väittämästä. Täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä oli 52 % (n=16). Keskiarvo väittämässä oli 2,84 ja moodi osittain samaa mieltä (n=12).

Pääosa terveystieteen opiskelijoista koki mielenterveyshoitotyön opintoja olleen riittämättömästi. Vastaajista 74 % (n=23) vastasi osittain tai täysin eri mieltä väittämään ”Mielenterveyshoitotyön teoriaopintoja oli riittävästi ennen harjoittelua”. Opiskelijoista 6 oli osittain samaa mieltä väitteestä.

”Teoriaopinnot olivat riittämättömät ennen harjoitteluun lähtöä.”

Valtaosa opiskelijoista 84 % (n=26) ei kokenut tietävänsä riittävästi mielenterveyshoitotyön menetelmistä ennen harjoittelujaksoa. Moodi väittämässä oli osittain eri mieltä (n=22). Vastaajista vain 2 koki tietävänsä riittävästi hoitotyön menetelmistä ennen harjoittelujaksoa. Vastaajista 81 % (n=25) oli osittain tai täysin eri mieltä väittämästä ”Mielenterveyshoitotyön opinnot olivat käytännönläheisiä”. Täysin eri mieltä vastaajista oli 11. Keskiarvo oli 4,06 tässä väittämässä.

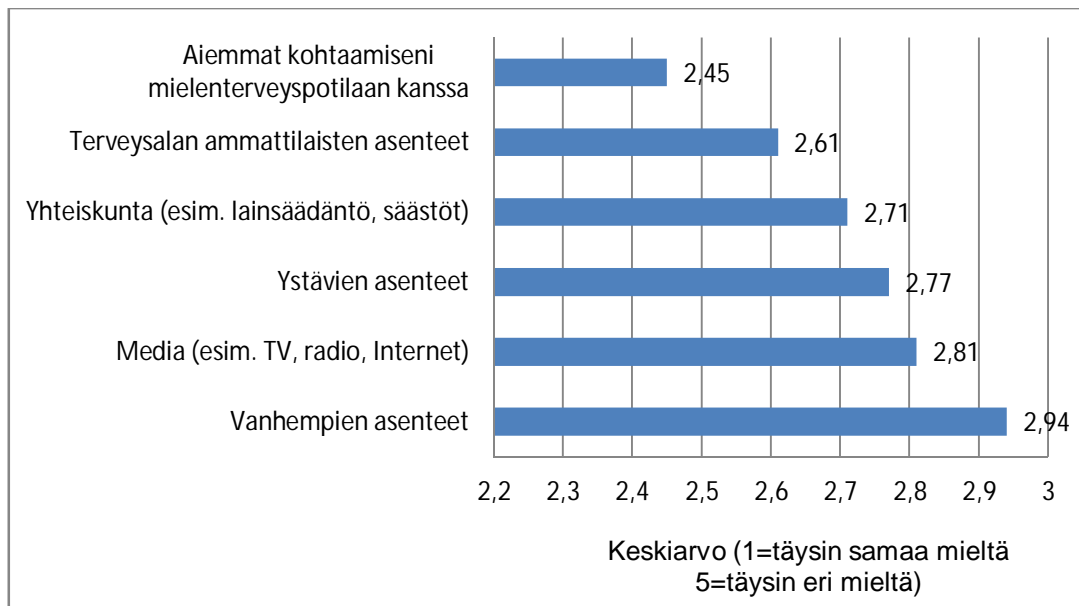
”Olisin toivonut mielenterveyshoitotyön opintoihin enemmän käytännönläheisyyttä esim. dialogin harjoittelua, sekä eri sairauksien hoidossa huomioitavia asioita.”

”Teoriaopinnot koin puutteellisiksi, jäin kaipaamaan esim. potilasesimerkkejä käytännöstä, opettajien esimerkkejä teorian tiedon soveltamisesta. Rehellisesti sanottuna, tuntui etten tiennyt käytännön psykiatrisesta hoidosta mitään harjoitteluun lähtiessäni.”

”Vaikka harjoittelumme toteutui kesken teoriaopintojen, uskon ryhmämme saaneen riittävästi teorian tietoa aiheeseen liittyen.”

”Tätä alaa on hankala opetella vain teoria pohjalta kirjoista.”

Kysymyksessä 12 oli väittämiä, joilla pyrittiin selvittämään asioita, jotka ovat vaikuttaneet terveystieteen opiskelijoiden asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan.



Kuvio 7. Asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan ovat vaikuttaneet. Väittämien keskiarvot (n=31).

Väittämässä ”Aiemmat kohtaamiseni mielenterveyspotilaan kanssa” moodi oli osittain samaa mieltä (n=12). Kohdassa ei samaa eikä eri mieltä oli 32%:a (n=10) vastauksista. Täysin samaa mieltä vastaajista oli 16 % (n=5) ja osittain tai täysin eri mieltä 13 % (n=4).

Terveysalan ammattilaisten asenteet olivat vaikuttaneet monella vastaajalla asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan. 19 (61 %) oli osittain tai samaa mieltä väittämästä, moodin ollessa 14 kohdassa osittain samaa mieltä. Kohdassa ei samaa eikä eri mieltä vastaajia oli 4 ja osittain tai täysin eri mieltä vastaajista oli 8 (26 %).

”Monessa muussa harjoittelupaikassa olen sen sijaan huomannut neg. suhtautumista mielenterveyspotilaisiin, ja erityisesti päihdeongelmaisiin, jotka ovat hoidossa somaattisen sairauden vuoksi. Minuun ne onneksi eivät ole vaikuttaneet, nämä heidän mielipiteensä ja asenteensa.”

Väittämässä ”Yhteiskunta (esim. lainsäädäntö, säästöt)” vastausten kokonaiskeskiarvo oli 2,71. Väittämän moodi oli osittain samaa mieltä (n=16). Osittain tai täysin eri mieltä vastaajista oli 7 (23 %). Ei samaa eikä eri mieltä opiskelijoista oli 7.

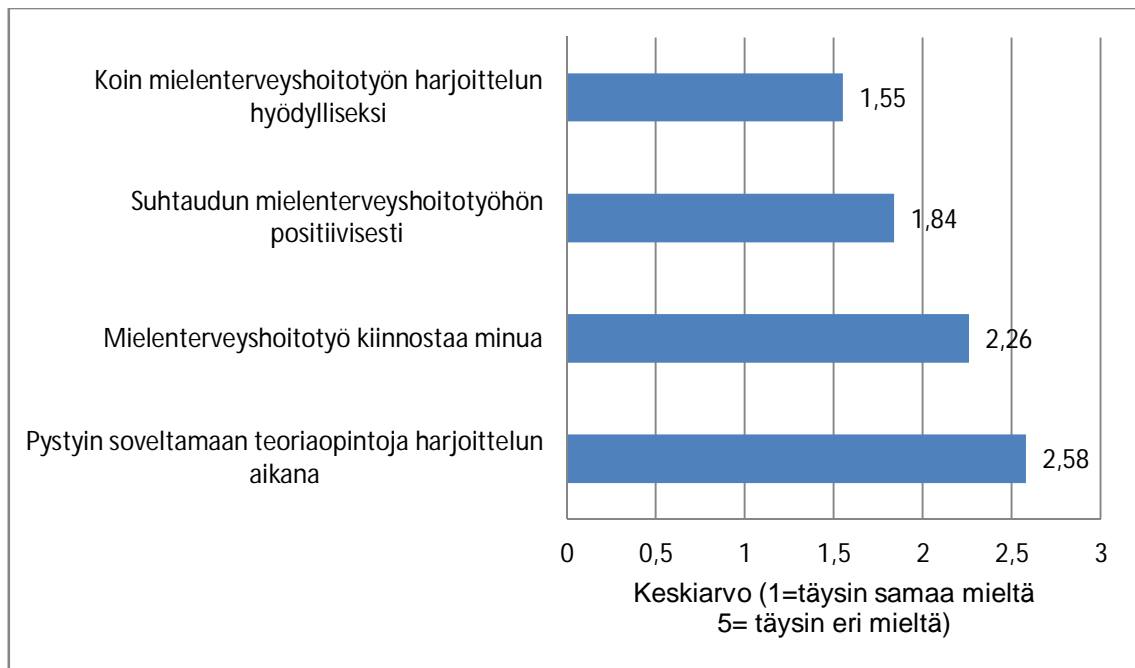
Ystävien asenteet olivat vaikuttaneet suurella osalla kohtaamiseen mielenterveyspotilaan kanssa. 52 % (n=16) oli osittain samaa mieltä väitteestä. Väittämässä vastaajista 7 vastasi ei samaa eikä eri mieltä. Täysin samaa mieltä opiskelijoista oli 2. Osittain tai täysin eri mieltä oli 26 % (n= 8).

26%:a (n=8) vastaajista koki olevansa osittain tai täysin eri mieltä siitä, että media vaikuttaa asenteisiin kohdata mielenterveys potilas. Väittämän moodi oli 15 kohdassa osittain samaa mieltä, täysin samaa mieltä vastaajista oli 2 (6 %). Ei samaa eikä eri mieltä opiskelijoista oli 19 % (n=6) keskiarvon ollessa kokonaisuudessaan 2,81.

Suurella osalla vastaajista vanhempien asenteet olivat vaikuttaneet omiin asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan. Täysin tai osittain samaa mieltä vastaajista oli 52 % (n= 16). Täysin eri mieltä vastaajista oli 8 ja vain yksi oli osittain eri mieltä.

8.4 Asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen

Terveysalan opiskelijoilta kysyttiin opinnäytetyön kyselyssä asenteita myös mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Mitä pienempi keskiarvo on, sitä enemmän väittämästä ollaan samaa mieltä.

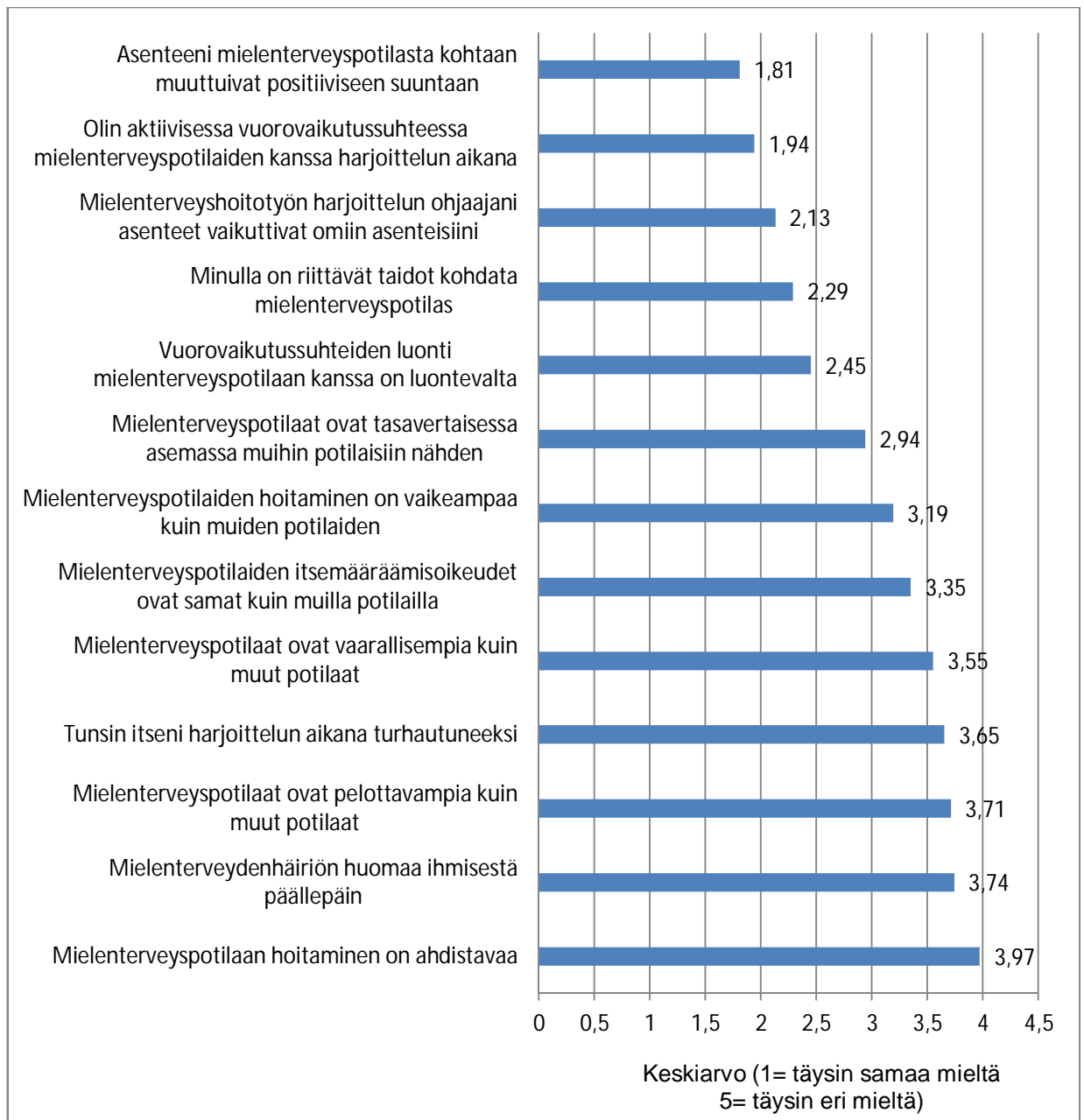


Kuvio 8. Vastaajien asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Väittämien keskiarvot (N=31)

Terveysalan opiskelijoista 90 % (n=28) koki mielenterveyshoitotyön harjoittelun täysin tai osittain hyödylliseksi. Väittämän keskiarvo oli 1,55, joka on lähellä 1:stä eli täysin samaa mieltä vastausta. Väittämän moodi oli vastaus täysin samaa mieltä (n=18). Suurin osa opinnäytetyön kyselyn vastaajista suhtautui mielenterveyshoitotyöhön positiivisesti harjoittelun jälkeen. 90 % (n=28) väittämään vastanneista oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, 10 % (n=3) vastasi olevansa osittain eri mieltä. Väittämän keskiarvo oli 1,84. Mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen väittämään ”Mielenterveyshoitotyö kiinnostaa minua” mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen 71 % (n=22) vastasi täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä.

”Harjoittelusta on ollut paljon hyötyä jälkeen päin työelämässä hoitaessani somaattisen puolen asiakkaita. Missään työyksikössä ei voi välttyä kohtaamasta mielenterveyspuolen asiakkaita.”

Väittämä ”Teoriaopintoni olivat riittävät harjoittelun jälkeen” jätettiin analysoimatta sen harhaanjohtavuuden takia. Väittämään ”Pystyin soveltamaan teoriaopintoja harjoittelun aikana” vastasi täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä 55 % (n=17) ja osittain eri mieltä 29 % (n=9).



Kuvio 9. Vastaajien asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Väittämien keskiarvot (N=31).

Mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen väittämään ”Asenteeni mielenterveyspotilasta kohtaan muuttuivat positiiviseen suuntaan” 84 % (n=26) vastasi täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä. 16 % (n=5) vastasi ei samaa eikä eri mieltä. Yksikään vastaajista ei vastannut osittain eri mieltä eikä täysin eri mieltä.

”Harjoittelulla oli myös huomattava vaikutus asenteisiini ja ennakkoluuloihini.”

Väittämään ”Olin aktiivisessa vuorovaikutussuhteessa mielenterveyspotilaiden kanssa harjoittelun aikana” suurin osa oli 77% (n=24) terveysalan opiskelijoista, vastasi joko täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä. Vastaaajista 58 %:n (n=18) mielestä vuorovaikutussuhteiden luonti mielenterveyspotilaan kanssa oli luontevaa. 23%:lle vastaaajista vuorovaikutussuhteen luonti ei ollut luonnollista. Mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen terveysalan opiskelijoista 71% (n=22) koki omaavansa riittävät taidot kohdata mielenterveyspotilas.

”Harjoittelussa tietämykseni onneksi kuitenkin kasvoi, kun ohjaajilla oli aikaa selvittää asioita ja otin itse lisää selvää asioista.”

”Vain kokemus auttaa, työn oppii tekemällä. Näin ohjaajani neuvoi minua harjoitteluni aikana. Olen jakson jälkeen samaa mieltä. ”

Väittämään ”Mielenterveyshoitotyö harjoittelun ohjaajani asenteet vaikuttivat omiin asenteisiin” vastasi 32 % (n=10) täysin samaa mieltä, 42 % (n=13) osittain samaa mieltä, 10 % (n=3) ei samaa eikä eri mieltä, 13 % (n=4) osittain eri mieltä ja 3 % (n=1) täysin eri mieltä.

Väittämä ”Mielenterveyspotilaat ovat tasavertaisessa asemassa muihin potilaisiin nähden” vastaukset jakautuivat seuraavasti: 45 % (n=14) vastasi osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä ja 39 % vastasi täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, vastaukset jakautuivat näin ollen melko tasaisesti.

Kyselyyn vastanneista 55 % (n=17) mielestä mielenterveyspotilaiden hoitaminen ei ole vaikeampaa kuin muiden potilaiden, kun taas 36 % (n=11) oli sitä mieltä, että mielenterveyspotilaiden hoitaminen on vaikeampaa. Väittämän moodi oli osittain eri mieltä (n=16). Vastaaajista 58 %:n (n=18) mielestä mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeus ei ole sama kuin muiden potilaiden itsemääräämisoikeus.

Suurin osa terveysalan opiskelijoista ei tuntenut itseään mielenterveyden harjoittelun aikana turhautuneeksi. Väittämän kanssa 65 % (n=20) oli joko osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä, kun taas vastaaajista 26 % (n=8) oli asiasta täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä.

Väittämään ”Mielenterveyspotilaat ovat vaarallisempia kuin muut potilaat” 55 % (n=17) vastasi osittain eri mieltä, 9 % (n=3) vastasi täysin eri mieltä, 18 % (n=6) vastasi osittain samaa mieltä ja 17 % vastasi ei samaa eikä eri mieltä. Väittämän moodi oli osittain samaa mieltä. Suurin osa vastaajista (74 %, n=23) oli osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä väittämästä ”Mielenterveyspotilaat ovat pelottavampia kuin muut potilaat”. Kukaan ei vastannut väittämään ”Mielenterveydenhäiriön huomaa ihmisestä päällepäin” täysin samaa mieltä. Väittämään vastasi 71 % (n=22) osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä. Vastaajista enemmistö (77 %, n= 24) vastasi väittämään ”Mielenterveyspotilaan hoitaminen on ahdistavaa” osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä. Väittämän keskiarvo oli 3,97, joka on lähellä 5 eli täysin eri mieltä.

8.4 Yhteenveto

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että terveysalan opiskelijoita suurinta osaa jännitti mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtö. Kuitenkin opiskelijat kokivat mielenterveyshoitotyön kiinnostavana. 90 %:n mielestä mielenterveyspotilailla oli negatiivinen leima ennen harjoitteluun lähtöä.

Terveysalan opiskelijoiden asenteisiin vaikuttavista tekijöistä selvisi, että valtaosa (84%) opiskelijoista oli ollut läsnä koulun järjestämällä lähiopetustunneilla. Kuitenkin vastaajista suurimman osan mielestä teoriaopintoja oli riittämättömästi ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Moni opiskelijoista koki, ettei tiennyt riittävästi mielenterveyshoitotyönmenetelmistä ennen harjoittelua, ja että opinnot eivät olleet riittävän käytännönläheisiä. Aiemmat kohtaamiset mielenterveyspotilaan kanssa, muiden terveysalan ammattilaisten asenteet ja yhteiskunnasta omaksutut asenteet vaikuttivat eniten terveysalan opiskelijoiden asenteisiin kohdata mielenterveyspotilas. Kuitenkin myös ystävien, median ja vanhempien asenteet olivat tasaisesti keskenään vaikuttamassa opiskelijoiden asenteisiin.

Mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen terveysalan opiskelijoista 84 %:n (n=26) asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan muuttuivat positiivisempaan suuntaan. Mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen vastaajista suurin osa koki, etteivät mielenterveyspotilaat ole vaarallisempia, eivätkä pelottavampia

kuin muut potilaat. Mielenterveyspotilaat eivät olleet vaikeahoitoisempia, eikä heidän hoitaminen ollut ahdistavampaa kuin muiden potilaiden hoitaminen. Terveysalan opiskelijat kokivat, etteivät mielenterveyspotilaat ole tasavertaisessa asemassa kuin muut potilaat, eikä heillä ole samat itsemääräämisoikeudet kuin muilla potilailla. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, ettei mielenterveydenhäiriötä huomaa päällepäin.

9 Kokonaisluotettavuus ja eettisyys

Tutkija tekee jo tutkimusaihetta valitessaan eettisen ratkaisun. Tutkimuksen aiheen tulee olla merkityksellinen yhteiskunnallisesti, ja tutkijan on erityisesti pohdittava sen merkittävyyttä tutkimukseen osallistuviin. Tutkimuksen lähtökohtana on sen hyödynnettävyys. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tässä opinnäytetyössä tutkittiin Saimaan ammattikorkeakoulun terveystalon opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tarkoituksena oli myös tutkia heidän valmiuksiaan lähteä mielenterveyshoitotyön harjoittelujaksolle, sekä sitä, kuinka harjoittelujakso mahdollisesti muuttaa asenteita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveysopintojen kehittämisessä.

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli Saimaan ammattikorkeakoulun hoitotyön ja ensihoidon opiskelijoita, joten tutkimuslupaa haettiin (Liite 3) Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalon toimialajohtajalta Päivi Vehmasvaaralta. Opiskelijoilta kerättiin vastauksia Webropol-kyselyllä, johon vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaukset annettiin anonymisti, eikä osallistuneiden henkilöllisyys tullut tutkimuksen missään vaiheessa ilmi. Vastaajille kerrottiin mahdollisuudesta ottaa yhteyttä tekijöihin opinnäytetyöhön liittyvissä kysymyksissä. Tämä tuli ilmi saatekirjeessä (Liite 2), joka oli tehty Saimaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön kirjoitusohjeiden (2012) mukaan. Kyselylomakkeesta pyydettiin ennen julkaisua palautetta opinnäytetyön opponenteilta.

Verkkolinkki Webropol-kyselylomakkeeseen lähetettiin sähköpostin välityksellä elokuussa 2013 kohderyhmien tutor-opettajille ja ryhmien vastaaville opiskelijoille. He jakoivat linkin oman ryhmänsä opiskelijoille, jolloin

tutkimusotoksen ulkopuolisilla ei ollut mahdollisuutta vastata kyselyyn. Muistutus kyselylomakkeesta lähetettiin viikkoa ennen linkin sulkeutumista edellä mainituille henkilöille, jotta vastausprosenttia olisi saatu korkeammaksi.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden mittaamiseksi on olemassa kaksi tärkeää käsitettä: valideetti ja reliabiliteetti. Valideetti ilmaisee pätevyyttä, eli miten käytetty mittausmenetelmä mittaa tutkittavaa ilmiötä, ja onko tutkimuksessa saadut tulokset uskottavia (Hiltunen 2009). Tässä opinnäytetyössä mittari eli kyselylomake oli laadittu siten, että kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin luotettavasti vastaukset kohderyhmältä. Kysymyksiä aihealueista oli riittävästi, ja vastausvaihtoehtoja oli annettu tarpeellinen määrä tutkimuksen onnistumisen takaamiseksi. Reliabiliteetti ilmaisee, miten luotettavasti mittausmenetelmä mittaa tutkittavaa ilmiötä, ja miten toistettavissa tutkimus on (Hiltunen 2009). Opinnäytetyön kyselylomake pyrittiin laatimaan siten, että vastaaja ymmärtää kysymyksen, kuten se on tarkoitettu. Myös vastausvaihtoehdot oli eroteltu ja pyritty sijoittamaan siten kyselylomakkeeseen, ettei sekaannuksia syntyisi. Kyselyn toistettavuus kuvaa sitä, saavatko eri tutkijat kyselylomakkeella samansuuntaisia tuloksia eri tutkimusotoksella. Tässä tutkimuksessa toistettavuuden luotettavuus on hyvä, sillä mittari oli kattava. Sekä tutkimusmenetelmä että aineistonkeruu olivat sopivia opinnäytetyölle, koska sillä saatiin luotettavia tuloksia Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteista mielenterveyspotilasta kohtaan.

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tutkimusetiikkaa, joka sisälsi aineiston oikeanlaisen hankinnan, käsittelyn ja raportoinnin, sekä tekijänoikeuksien kunnioittamisen. Lähdekritiikki ja oikeanlaiset lähdemerkinnät ovat tärkeä osa tutkimusta kokonaisluotettavuuden ja etiikan kannalta. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään sisällöltään tuoreita, tunnettuja ja asiantuntevia lähteitä.

Verkkokyselyssä tärkeää on tietoturvallisuus ja kyselyn yleinen toimivuus. Opinnäytetyön tekijöille ilmoitettiin ensimmäisen kyselylomakkeen verkkolinkin toimimattomuudesta. Webropol-verkkolinkissä havaittiin virhe, joka korjattiin. Tämän jälkeen kysely toimi vastausajan loppuun asti. Kyselyn tulokset säilytettiin analyysin aikana ja hävitettiin analyysin jälkeen asianmukaisesti.

Vain opinnäytetyön tekijöillä oli mahdollisuus tutkia kohderyhmän vastauksia Webropol-sovelluksessa.

Kohderyhmän vastaukset on analysoitu Excel-ohjelmalla ja Webropolin omalla tilastointiohjelmalla. Opinnäytetyön taulukot ja vastaukset tarkastettiin moneen kertaan, jotta virheitä ei päässyt syntymään opinnäytetyön raporttiin. Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, johon vastaaminen oli vapaaehtoista. Opinnäytetyössä on käytetty suoria lainauksia kohderyhmän vastauksista, ja lauseet on valittu siten, ettei niistä voida tunnistaa vastaajaa tai harjoittelupaikkaa. Esimerkkilauseet antavat opinnäytetyölle lisäsyvyyttä ja täydentävät tutkimustuloksia. Jokainen opinnäytetyön kyselyyn osallistunut Saimaan ammattikorkeakoulun terveystalon opiskelija voi tutustua opinnäytetyön tuloksiin Theseus-julkaisuarkistossa, johon opinnäytetyö on tallennettu.

10 Pohdinta

10.1 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia Saimaan ammattikorkeakoulun terveystalon opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tarkoituksena oli myös tutkia heidän valmiuksiaan lähteä mielenterveyshoitotyön harjoittelujaksolle sekä sitä, kuinka harjoittelujakso mahdollisesti muutti asenteita. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan kehittää Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveyshoitotyön opintoja.

Valitsimme opinnäytetyön aiheeksi kvantitatiivisen tutkimuksen terveystalon opiskelijoiden asenteista, koska huomasimme opintoihimme kuuluvassa mielenterveyden hoitotyön opinto- ja harjoittelujaksolla, että monella terveystalon opiskelijalla oli erilaisia asenteita mielenterveyspotilasta kohtaan. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska mielenterveyshoitotyön opintoja kehitettäessä on huomioitava terveystalon opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan. Mielenterveyspotilaan hoitotyöhön liittyy erilaisia asenteita, ja ne vaikuttavat siihen, kuinka mielenterveyspotilaat kohdataan. Hoitohenkilöstön asenteet vaikuttavat kokonaisvaltaisesti potilaan hoitoon (Kaappola, Luoto 2009, 16). Suurin osa hoitotyöntekijöistä tulee kohtaamaan

mielenterveyspotilaita uransa aikana huolimatta siitä, missä terveydenhuollon yksikössä työskentelevät.

Ammatillisen kehityksen kannalta opinnäytetyö lisäsi osaamista kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamisessa. Opinnäytetyön aikana tietomme asenteiden kehityksestä ja erityisesti terveysalan opiskelijoiden asenteista mielenterveyspotilasta kohtaan lisääntyivät. Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme mielenterveys-käsitteeseen ja yleisempiin mielenterveydenhäiriöihin, joiden tunteminen kasvattaa ammatillista osaamistamme. Opinnäytetyön prosessin aikana kehityimme tutkitun tiedon hakemisessa ja dokumentoinnissa. Lisäksi paneuduimme mielenterveyslakiin sekä lakiin potilaan asemista ja oikeuksista. Lainsäädännön tunteminen on keskeistä jokaiselle terveydenhuollon ammattilaiselle.

Tulevaisuudessa voimme hyödyntää opinnäytetyötämme riippumatta missä terveydenhuollon yksikössä tulemme toimimaan. Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä tulemme hoitamaan mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita, jolloin meidän tulee tiedostaa omat asenteemme heitä kohtaan, ja näin asenteiden vaikutusta hoitoon.

Opinnäytetyön tulokset muodostuvat Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden taustatiedoista, asenteista ennen ja jälkeen mielenterveyshoitotyön harjoittelun sekä asenteisiin vaikuttavista tekijöistä.

Taustatiedoissa kysyttiin sukupuolta, ikää, koulutusohjelmaa, aiempaa terveysalan koulutusta, mielenterveyshoitotyön harjoittelun ajankohtaa, sitä suorittiko opiskelija mielenterveyshoitotyön harjoittelunsa sairaalan psykiatrisella osastolla vai avohoidon puolella ja sitä, oliko hän harjoittelemassa aikuisten- vai nuorten yksikössä. Vastaajista 26 (84 %) oli naisia ja viisi (16 %) miehiä. Alun perin tarkoituksena oli tehdä ristiintaulukointeja SPSS-tilastointiohjelmalla, mutta vastausprosentin jäätyä pieneksi niistä luovuttiin. Erityisesti ajatuksena oli erotella ristiintaulukoinnin avulla miesten ja naisten vastauksia ja näin nähdä, olisiko sukupuolella ollut vaikutusta asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan. Miesten vastausprosentti jäi pieneksi, joten päätettiin, että ristiintaulukointi ei olisi järkevää sukupuolten välillä. Oli

odotettavaa, että miesten vastausprosentti jäisi pienemmäksi kuin naisten, koska otoksen sairaan- ja terveydenhoitajien opintoryhmät olivat kovin naisvaltaisia. Miesten vastausprosenttia olisi mahdollisesti voitu nostaa ensihoidon opiskelijoiden aktiivisuudella, koska siellä miespuolisia opiskelijoita on enemmän. Ensihoitajaryhmän vastausprosentiksi muodostui kuitenkin 0 % (n=0).

Opinnäytetyössä käytetystä kyselylomakkeesta pyydettiin palautetta ennen sen julkaisua opinnäytetyön opponenteilla, ja kyselylomaketta korjattiin heiltä saatujen kommenttien perusteella. Lopullinen versio kyselylomakkeesta julkaistiin elokuussa 2013. Tätä opinnäytetyötä varten tehty kyselylomake toimi hyvin, koska sillä saatiin olennaista tietoa terveysalan opiskelijoiden asenteista mielenterveyspotilasta kohtaan, ja vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeessa oli kuitenkin kohtia, joita muokkaamalla mittarista olisi voitu saada hieman kattavampi ja luotettavampi. Väittämä ”Teoriatietoni olivat riittävät harjoittelun jälkeen” jätettiin kokonaan analysoimatta sen harhaanjohtavuuden takia. Opiskelijoiden teoriatietojen määrää olisi voitu tiedustella tarkemmin jo kohdassa ”asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä”, eikä vain väittämässä ”Asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen”. Toinen kehittämis ehdotus kyselylomakkeeseen oli laittaa viimeinen avoin kysymys pakolliseksi, jolloin siihen olisi saatu suurempi vastaajajoukko, ja omin sanoin kerrottuja kokemuksia mielenterveyshoitotyöstä olisi saatu enemmän. Usein avoimet kysymykset koetaan kuitenkin hankaliksi, eikä vastauksista saatu informaatioarvo täytä kyselylomakkeen tekijän odotuksia (Kvantimov 2010).

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi 31 opiskelijaa. Kysely lähetettiin 87 opiskelijalle, jolloin vastausprosentiksi muodostui 35,6 %. Vastausprosentti jäi alle puoleen, mihin osasyynä saattoi olla kyselyn toteutustapa. Vastaajia olisi voitu saada lisää järjestämällä informatiivinen kysely, jossa opinnäytetyön tekijät olisivat käyneet informoimassa kyselystä terveysalan ryhmiä henkilökohtaisesti. Näin vastaajilla olisi ollut mahdollisuus halutessaan esittää lisäkysymyksiä kyselyyn liittyen. Kyselyn olisi voinut suorittaa myös paperisena versiona. Myös saatekirje olisi voinut olla innostavampi ja suoraan vastaajaa puhutteleva, kannustaen

opiskelijoita vastaamaan kyselyyn. Osasyys matalaan vastausprosenttiin voi olla myös kyselyn toteuttamisajankohta. Kysely lähetettiin elokuussa, jolloin osalla ryhmistä syyslukukausi ei ollut vielä alkanut, ja toisilla ryhmillä oli jokin harjoittelu kesken. Osalla ryhmistä mielenterveyshoitotyön harjoittelusta oli ehtinyt kulua jo yli vuosi, joten kyselyyn vastaaminen vaati paljon muistelua, mikä osaltaan on mahdollisesti vaikuttanut vastauksiin. Kyselyn toteuttaminen terveysalan opiskelijoille juuri ennen heidän mielenterveyshoitotyön harjoittelua ja heti sen jälkeen olisi ollut paras ratkaisu vastausten luotettavuuden kannalta. Näin heillä olisi ollut tuoreessa muistissaan omat kokemukset mielenterveyshoitotyön harjoittelusta. Tämä ratkaisu olisi tosin vaatinut runsaasti resursseja opinnäytetyön tekijöiltä ja ennakointia pitkällä aikavälillä, sillä aikaisimmat tässä tutkimuksessa olevat terveysalan ryhmät olivat suorittaneet mielenterveyshoitotyön harjoittelunsa jo syksyllä 2012.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että suurinta osaa opiskelijoista jännitti mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtö. Jännittämisen taustatekijöinä saattoi olla teoriaopintojen puutteellisuus, joka selvisi myös opinnäytetyön tuloksista. Osalla opiskelijoista harjoittelu sijoittui keskelle teoriaopintoja. Jännittämiseen saattoi vaikuttaa myös mielenterveyshoitotyön harjoittelun eroavaisuus muista harjoitteluista. Opiskelijat kokivat, etteivät mielenterveyshoitotyön teoriaopinnot olleet tarpeeksi käytännönläheisiä, eikä mielenterveyshoitotyön menetelmiä tunnettu tarpeeksi.

Opinnäytetyön kyselyyn vastanneista opiskelijoista suurin osa koki ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua, ettei heillä ollut valmiuksia kohdata mielenterveyspotilasta. Samanlaisia tuloksia löytyy Simpuran (2011) opinnäytetyön tuloksista. Niistä käy ilmi päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien kokevan, että heidän valmiuksiaan kohdata mielenterveyspotilas voisi lisätä lisäkoulutuksella.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan 90 % vastaajista koki mielenterveyspotilailla olevan negatiivisen leiman. Tämä saattaa johtua ihmisten tietämättömyydestä, avuttomuudesta ja pelosta (Hyvönen 2004, 167, 14). Myös aiemmillä kokemuksilla voi olla negatiivisia vaikutuksia (Ranne 2007). Negatiiviset leimat

ja asenteet vaikuttavat potilaan saamaan hoitoon ja kohteluun, sekä lisäävät potilaan kärsimystä.

84 %:lla opinnäytetyön kyselyyn vastanneista asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan muuttuivat positiivisempaan suuntaan. Tämä johtuu todennäköisesti tietoisuuden lisääntymisestä ja käytännön mielenterveyspotilaskontakteista. Mielenterveyshoitotyön harjoittelun myötä jo opittua teoretietoa saa sovellettua käytännössä.

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan olivat neutraaleja mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Samanlaisia tuloksia ovat saaneet tutkimuksissaan myös Simpura (2011) ja Ranne (2007). Opinnäytetyössämme yli puolet vastaajista ei kokenut mielenterveyspotilasta vaarallisempaa muihin potilaisiin verrattuna. Sama on huomattavissa Ranteen (2007) tutkimuksessa. Ranteen tutkimuksen tuloksissa hoitajat eivät kokeneet mielenterveyspotilasta uhkana. Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneiden opiskelijoiden mielipiteet jakautuivat tasaisesti, kun kysyttiin mielenterveyspotilaiden tasavertaisuudesta muihin potilaisiin nähden. Simpuran (2011) opinnäytetyön tuloksissa mielenterveyspotilas nähdään tasavertaisena muihin potilaisiin nähden.

Tämä opinnäytetyö kohdistui Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalanopiskelijoiden asenteisiin. Tuloksia tarkastellessa on otettava huomioon, että asenteiden tutkiminen on vaikeaa. Opiskelijat eivät ehkä tiedosta asenteitaan tai negatiivisia tunteita voi olla vaikea myöntää. Tämän takia vastaajat eivät välttämättä ole vastanneet todellisten asenteidensa mukaisesti. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat yleistettävissä vain opinnäytetyön kyselyyn vastanneisiin terveysalan opiskelijoihin pienen kokonaisotannon ja vastausprosentin vuoksi.

10.2 Kehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuloksista nousi esille seuraavia kehittämisehdotuksia:

1. Mielenterveyshoitotyön opintojen tulisi olla käytännönläheisiä. Mielenterveyshoitotyön opintoihin voisi sisällyttää enemmän potilasesimerkkejä, ajankohtaisia hoitomenetelmiä, hoito dialogien harjoittelua sekä eri mielenterveydenhäiriöiden hoidon erityispiirteitä.
2. Mielenterveyshoitotyön opinnoissa tulisi huomioida yhteistyö harjoittelupaikkojen kanssa jo ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua. Harjoitteluyksiköistä voitaisiin tulla kertomaan omasta työnkuvasta, yksiköstä ja potilastyypeistä. Lisäksi voitaisiin järjestää enemmän opintokäyntejä eri mielenterveysyksiköihin.
3. Ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua tulisi keskustella ryhmän kesken mielenterveyspotilaisiin kohdistuvista asenteista. Opiskelijoiden tulisi tiedostaa asenteitaan mielenterveyspotilasta kohtaan sekä näiden asenteiden vaikutus omaan oppimiseen ja työskentelyyn. Opiskelijoiden tulisi myös tiedostaa hoitohenkilökunnan asenteiden vaikutus potilaan saamaan hoitoon.
4. Mielenterveyshoitotyön teoriaopintojen tulisi olla ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua, jolloin opiskelijoilla olisi paremmat valmiudet kohdata mielenterveyspotilas.

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyö tulosten perusteella terveysalan opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilasta kohtaan on tärkeää tutkia tarkemmin, jotta asenteisiin voitaisiin vaikuttaa ja mielenterveyshoitotyön opintoja kehittää. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä pystyttäisiin tutkimaan suuremmalla tutkimusotoksella. Mittaria muuttamalla tutkimusotokseen voitaisiin ottaa mukaan kaikki sosiaali- ja terveysalan aikuis- ja nuoriso-opiskelijat, ja tutkia asenteita mielenterveyspotilasta kohtaan opinnoista riippumatta. Kysely voitaisiin myös lähettää muihin ammattikorkeakouluihin, jolloin saataisiin vielä laajempi tutkimusotos, ja eri ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden asenteita voitaisiin vertailla. Kyselyyn voitaisiin sisällyttää myös päihdepotilaat.

Tutkimus voitaisiin toteuttaa kahdella kyselyllä, joista ensimmäinen lähetettäisiin juuri ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua ja toinen heti sen jälkeen. Näin saataisiin opiskelijoiden sen hetkiset asenteet paremmin tutkittua.

Terveysalan opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilasta kohtaa voitaisiin tutkia myös kvalitatiivisena tutkimuksena opiskelijoita haastatteleamalla. Näin opiskelijoiden asenteista mielenterveyspotilasta kohtaan saataisiin perusteellisempaa tietoa.

Kuviot

Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma, s. 20.

Kuvio 2. Vastaajien mielenterveyshoitotyön harjoittelun ajankohta, s. 21.

Kuvio 3. Vastaajien mielenterveyshoitotyön harjoitteluyksikkö, s. 21.

Kuvio 4. Vastaajien asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Väittämien keskiarvot, s. 22.

Kuvio 5. Vastaajien asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Väittämien keskiarvot, s. 23.

Kuvio 6. Koulutuksen tarjoamat valmiudet mielenterveyshoitotyön harjoitteluun. Väittämien keskiarvot, s. 25.

Kuvio 7. Asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan ovat vaikuttaneet. Väittämien keskiarvot, s. 26.

Kuvio 8. Vastaajien asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Väittämien keskiarvot, s. 28.

Kuvio 9. Vastaajien asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Väittämien keskiarvot, s. 29.

Taulukot

Taulukko 1. Mittarin rakenne ja kattavuus, s. 19.

Taulukko 2. Asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Vastausten osuudet, s. 57.

Taulukko 3: Asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Vastausten osuudet, s.58.

Taulukko 4: Koulutuksen tarjoamat valmiudet mielenterveyshoitotyön harjoitteluun. Vastausten osuudet, s. 59.

Taulukko 5: Asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan ovat vaikuttaneet. Vastausten osuudet, s. 60.

Taulukko 6: Asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Vastausten osuudet, s. 61.

Taulukko 7: Asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Vastausten osuudet, s. 62.

Lähteet

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prisma Oy.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007, Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: Suomen mielenterveysseura .

Herttuainen, A. & Putkonen, M. 2013. Terveysalan opiskelijoiden kokema henkinen väkivalta ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hietämäki, M., Koskinen, L. & Nurro, M. Ohjauksen malli mielenterveystyönharjoitteluun 2008
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2008/muut_artikkelit/ohjauksen_malli_mielenterveystyo. Luettu 11.12.12.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja realibiliteetti. Jyväskylän yliopisto
http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf. Luettu 9.5.2013.

Hirvonen, A. & Rutanen, K. 2009. Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet päihdepotilasta kohtaan ja koulutuksen antamat valmiudet. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Hämäläinen, S. 2006 Henkilöstön asennoituminen organisaation ympäristöjohtamiseen. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, 24-26.

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2007. Skitsofrenia. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 73–139.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 157–195.

Jyväskylän yliopisto, määrällinen tutkimus
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus> Luettu 19.11.12 .

Kaappola, J. & Luoto, J. 2009. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koponen, H. 2007. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 256–260.

Kvantimotiv. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>. Luettu 19.11.12.

Käypä hoitosuositus. 21.10.2012. Depressio. Duodecim.

Käypä hoitosuositus a. 21.10.2008. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim.

Käypä hoitosuositus b. 1.1.2008. Skitsofrenia. Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Luku 2, § 3, 1993

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lukkaroinen, R. 2002. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, J. & Honkanen, T. 2007. Muut psykoosit. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2007. Psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Teoksesta: Suomalaisten terveys. Duodecim.

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2007. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen. & T. Partonen.(toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki luku § 3 ja 4, 2009.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.

Oulun Kauppaoppilaitos, saatekirje. http://materiaali.osao.fi/kaul/verkko-opetus/merkonomi/asiakaspalvelu_ja_markkinointi/markkinointitutkimus/viikko%203/saatekirje.htm. Luettu 18.11.12.

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu -tutkielma.

Rasingas, R. 2009. Oulun yliopisto.
<https://wiki.oulu.fi/pages/viewpage.action?pageId=13381000>. Luettu 19.11.12.

Saarelainen, R, Stengård, E & Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Saarniaho, R. 2005. Internetix opinnot: Asenteet.
http://opinnot.internetix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/ps/ps1/4_yksilo__ryhmat_ja_yhteiso/02_asenteet?C:D=hNqf.gZYj&m:selres=hNqf.gZYj. Luettu 28.11.12.

Saimaan ammattikorkeakoulu, koulutustarjonta. 2012. <http://www.saimia.fi/fi-FI/koulutustarjonta/sosiaali-ja-terveysala>. Luettu 19.11.2012.

Saimaan ammattikorkeakoulu, Moodle-alusta. 2012.
<http://moodle.saimia.fi/moodleamk/course/view.php?id=1461>. Luettu 11.12.2012.

Saimaan ammattikorkeakoulu, SoleOPS. 2012.
http://ops.saimia.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjOps/tab/tab/sea?ryhma_id=16647211&kouluhj_id=16076949&valkiel=fi&stack=push. Luettu 11.12.2012

Simpura, S. 2011. Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Stakes. 2005. Mielenterveysatlas tunnuslukuja Suomesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Luettu 11.12.2012.

Tampereen yliopisto. 2002. Asenne.
<http://www.cs.uta.fi/ipopp/www/ipopp2002/kora/Kasitteet-teksti.html>. Luettu 28.11.12.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Mielenterveyden edistäminen.
<http://www.thl.fi/fi-FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/teemat/mielenterveys>. Luettu 25.9.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Mielen hyvinvointi.
http://www.thl.fi/fi-FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/mielen_hyvinvointi. Luettu 8.10.2013.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04_13.pdf?sequence=1
Luettu 25.9.2013

Virtuaaliammattikorkeakoulu. Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen
<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289345955/1194290010211.html>, Luettu 19.11.12,

Webropol 2.0. Käyttöopas. 2008

World Health Organization 2012. Mental health.
http://www.who.int/topics/mental_health/en/ Luettu 5.5.2013

Yhdistystieto. Kyselyn laatiminen.
http://www.yhdistystieto.fi/hyvat_yhdistyskaytannot/jasenkyselyt/kyselyn_laatiminen. Luettu 19.11.12.



Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan

Kyselyyn vastaaminen edellyttää, että olet suorittanut mielenterveyshoitotyöharjoittelun !

Taustatiedot

Valitse oikea tai oikeat vaihtoehdot, tai kirjoita vastaus avoimeen kysymykseen sille varatulle paikalle. Tähdellä (*) merkityt kysymykset ovat pakollisia.

1. Sukupuoli *

- ☐ Nainen
☐ Mies

2. Ikä (vuosina) *

18 ▾

3. Koulutusohjelma *

- ☐ Hoitotyö, sairaanhoitaja
☐ Hoitotyö, terveydenhoitaja
☐ Ensihoito

4. Onko sinulla aikaisempaa terveystalan koulutusta? *

- ☐ Ei
☐ Kyllä, mikä?

5. Milloin olet suorittanut mielenterveyshoitotyön harjoittelun? *

- ☐ syksy 2010
☐ kevät 2011
☐ syksy 2011
☐ kevät 2012
☐ syksy 2012

6. Missä suoritit mielenterveyshoitotyön harjoittelusi? *

- ☐ Sairaalassa psykiatrisella osastolla
☐ Avoihoidon yksikössä

7. Minkälaisessa yksikössä suoritit mielenterveyshoitotyön harjoittelusi? *

- ☐ Lasten- ja nuorten yksikössä
☐ Aikuisten yksikössä

8. Kuinka kauan (viikkoa) harjoittelusi kesti? *

* ▾



Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan

Vastausohje:

Valitse kokemuksiasi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Asenteet **ENNEN** mielenterveyshoitotyön harjoittelua

9. Harjoitteluun lähtö *

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|---|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Koin mielenterveyshoitotyön kiinnostavana | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lähdin mielenterveyshoitotyön harjoitteluun positiivisin mielin | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtö jännitti minua | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan ennen mielenterveyshoitotyön harjoittelua *

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|---|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Koin, että minulla oli riittävät taidot mielenterveyspotilaan kohtaamiseen | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koin mielenterveyspotilaiden hoitamisen vaikeammaksi kuin muiden potilaiden | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koin mielenterveyspotilaat pelottavimmiksi kuin muut potilaat | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kuvittelin mielenterveyspotilaiden hoidon ahdistavaksi | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaat ovat vaarallisempia kuin muut potilaat | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilailla on negatiivinen leima | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaat ovat tasavertaisessa asemassa muihin potilaisiin nähden | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeudet ovat samat kuin muilla potilailla | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveydenhäiriön huomaa ihmisestä päällepäin | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan

Vastausohje:

Valitse kokemuksiasi parhaiten kuvaava vaihtoehto

Mikä asenteisiin vaikuttaa?

11. Koulutuksen tarjoamat valmiudet mielenterveyshoitotyön harjoitteluun *

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|---|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mielenterveyshoitotyön teoriaopintoja oli riittävästi ennen harjoittelua | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Olin läsnä lähiopetustunneilla | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyshoitotyön opinnot olivat käytännönläheisiä | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tiesin riittävästi mielenterveyshoitotyön menetelmistä ennen harjoittelua | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tunsin yleisimmät mielenterveyshäiriöt | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Perehdyin itsenäisesti mielenterveyshoitotyöhön (esim. kirjoista) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan ovat vaikuttaneet... *

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|---|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vanhempien asenteet | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ystävien asenteet | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terveysalan ammattilaisten asenteet | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Media (esim. TV, radio, Internet) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Yhteiskunta (esim. lainsäädäntö, säästöt) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aiemmat kohtaamiseni mielenterveyspotilaan kanssa | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan

Vastausohje:

Valitse kokemuksiasi parhaiten kuvaava vaihtoehto

Asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun JÄLKEEN

13. Harjoittelun jälkeen *

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|--|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mielenterveyshoitotyö kiinnostaa minua | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Suhtaudun mielenterveyshoitotyöhön positiivisesti | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koin mielenterveyshoitotyön harjoittelun hyödylliseksi | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Teoriatietoni olivat riittävät harjoittelun jälkeen | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pystyin soveltamaan teoriaopintoja harjoittelun aikana | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen *

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|--|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Asenteeni mielenterveyspotilasta kohtaan muuttuivat positiiviseen suuntaan | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on riittävät taidot kohdata mielenterveyspotilas | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaiden hoitaminen on vaikeampaa kuin muiden potilaiden | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaat ovat pelottavampia kuin muut potilaat | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaan hoitaminen on ahdistavaa | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mielenterveyspotilaat ovat vaarallisempia kuin muut potilaat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vuorovaikutussuhteiden luonti mielenterveyspotilaan kanssa on luontevalta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Olin aktiivisessa vuorovaikutussuhteessa mielenterveyspotilaiden kanssa harjoittelun aikana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyshoitotyön harjoittelun ohjaajani asenteet asenteet vaikuttivat omiin asenteisiini | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tunsin itseni harjoittelun aikana turhautuneeksi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaat ovat tasavertaisessa asemassa muihin potilaisiin nähden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeudet ovat samat kuin muilla potilailla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mielenterveydenhäiriön huomaa ihmisestä päällepäin päällepäin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan

15. Mitä muuta haluat sanoa opinnäytetyön aihepiiriin liittyen (esim. mielenterveyshoitotyöstä, -harjoittelusta, -opinnoista ja/tai mielenterveyspotilaan kohtaamisesta)?

Kiitos vastaamisesta!

Hoitotyön koulutusohjelma

SAATE

Hyvä terveysalan opiskelija,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä terveysalan opiskelijoiden asenteista mielenterveyspotilasta kohtaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan, mikä näihin asenteisiin vaikuttaa ja onko mielenterveysopintojakso mahdollisesti muuttanut näitä asenteita. Toteutamme tutkimuksen kyselynä. Kohderyhmänä toimivat Saimaan ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja ensihoitajaryhmät, jotka ovat toteuttaneet mielenterveysopintojakson vuoden 2012 loppuun mennessä.

Mielenterveyspotilaalla tarkoitamme psyykkisesti sairasta henkilöä. Tässä opinnäytetyössä mielenterveyspotilaalla tarkoitetaan myös mielenterveysasiakasta, –asukasta ja –kuntoutujaa, mutta rajaamme tutkimuksesta pois päihdepotilaat.

Toivomme, että Sinä osallistut tutkimukseen vastaamalla kyselyymme. Vastaaminen kestää noin 15 minuuttia ja on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään nimettömänä, eikä henkilöllisyytesi tule paljastumaan tutkimuksen missään vaiheessa. Antamasi vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tullaan hävittämään asianmukaisella tavalla.

Opinnäytetyön tulosten perusteella mielenterveyshoitotyön opintoja voidaan kehittää Saimaan ammattikorkeakoulussa.

Osallistumisestasi lämpimästi kiittäen,

Niilo Hämäläinen

niilo.hamalainen@student.saimia.fi

Annina Mättö

annina.matto@student.saimia.fi

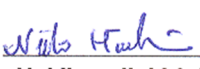
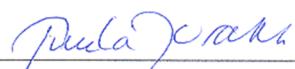
Johanna Järvisoutu

johanna.jarvisoutu@student.saimia.fi



**Tutkimuslupahakemus
Sosiaali- ja terveysala**

| |
|--|
| Organisaatio, jolta tutkimuslupa haetaan Saimaan ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala |
| Opinnäytetyön tekijöiden organisaatio ja organisaation osoite Saimaan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma Skinnarilankatu 36, 53850 Lappeenranta |
| Opinnäytetyön nimi Terveysalan opiskelijoiden asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan |
| Opinnäytetyön tekijät Niilo Hämäläinen, Johanna Järvisuuri ja Annina Mättö (SH-S10B) |
| Opinnäytetyön ohjaajat Tuula Juvakka |
| Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Saimaan ammattikorkeakoulun terveysalanopiskelijoiden asenteita mielenterveyspotilasta kohtaan ja kuinka nämä asenteet mahdollisesti muuttuvat mielenterveyshoitotyöharjoittelun aikana. Lisäksi mitkä seikat ovat vaikuttaneet terveysalan opiskelijoiden asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan. Opinnäytetyön aineisto kerätään webropol-kyselyn avulla. Kohderyhminä ovat Saimaan ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja ensihoidonopiskelijat, jotka ovat suorittaneet mielenterveysopintojakson vuoden 2012 loppuun mennessä. Valittuja ryhmiä on yhteensä 5 (N = 87). |
| Tutkimusmenetelmien kuvaus Opinnäytetyö toteutuu määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Keräämme tutkimusaineiston sähköisellä webropol-kyselylomakkeella. Lomake koostuu strukturoiduista kysymyksistä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä. Strukturoidut kysymykset analysoidaan tilastollisesti Webropol-ohjelmalla, joka antaa vastauksista suorat jakaumat. Avoin kysymys analysoidaan sisällön analyysillä. |
| Opinnäytetyössä tarvittava tausta-aineisto (pöytäkirjat, raportit tms.) Vain kyselylomakkeiden avulla kerättävä tutkimusaineisto. |

| |
|--|
| Tutkimusaineiston säilyttäminen ja hävittäminen Opinnäytetyön tutkimusaineisto säilytetään luottamuksellisesti ja kunnioittaen vastaajien anonymiteettiä. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti analyysin jälkeen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. |
| Opinnäytetyön aikataulu Suunnitelman tekeminen 08/2012 -05/2013 Suunnitelman esittäminen seminaarissa 11/2012 Tutkimuslupahakemus 05/2013 Aineiston keruu 08/2013 Aineiston analysointi 09/2013 Viittä vaille valmis-seminaari syksy 2013 Opinnäytetyö valmis 2013 |
| Opinnäytetyön hyödyntäminen Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan kehittää Saimaan ammattikorkeakoulun mielenterveysshoitotyön opintoja. |
| Muut yhteistyökumppanit |
| Liitteet (tutkimussuunnitelma ym. mahdolliset liitteet) Opinnäytetyön suunnitelma liitteineen (saatekirje ja kyselylomake) |
| Muuta mahdollista huomioon otettavaa |
| Allekirjoitukset ja yhteystiedot <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> Lappeenranta <u>23.5.2013</u> Paikka ja aika </div> <div>  Hakijan allekirjoitus </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> _____ Hakijan osoite </div> <div style="margin-top: 20px;"> _____ Hakijan sähköpostiosoite ja puhelinnumero </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> <u>23.5.2013 Lappeenranta</u> Paikka ja aika </div> <div>  Vastaavan ohjaajan allekirjoitus </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <u>tuula.juvakka@saimia.fi</u> Vastaavan ohjaajan sähköpostiosoite ja puhelinnumero </div> |

Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös

- ☒ Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisena
- ☐ Tutkimuslupa myönnetään muutoksin (selvitys ja muutosvaatimukset perusteluihin)
- ☐ Tutkimuslupaa ei myönnetä (selvitys perusteluihin)

Perustelut:

Heppuinen 12.6.2013 Poi Velen

Paikka ja aika

Hyväksyjän allekirjoitus ja nimenselvennys

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä | Keskiarvo |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Lähdin mielenterveyshoitotyön harjoitteluun positiivisin mielin | 8 | 4 | 6 | 12 | 1 | 2,81 |
| Koin mielenterveyshoitotyön kiinnostavana | 8 | 8 | 2 | 10 | 3 | 2,74 |
| Mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtö jännitti minua | 5 | 17 | 4 | 3 | 2 | 2,35 |

Taulukko 2: Asenteet ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Vastausten osuudet.

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä | Keskiarvo |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Koin, että minulla oli riittävät taidot mielenterveyspotilaan kohtaamiseen | 0 | 7 | 2 | 16 | 6 | 3,68 |
| Mielenterveyspotilaat ovat tasavertaisessa asemassa muihin potilaisiin nähden | 2 | 6 | 4 | 15 | 4 | 3,42 |
| Mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeudet ovat samat kuin muilla potilailla | 1 | 7 | 2 | 20 | 1 | 3,42 |
| Mielenterveydenhäiriön huomaa ihmisestä päällepäin | 0 | 9 | 4 | 15 | 3 | 3,39 |
| Mielenterveyspotilaat ovat vaarallisempia kuin muut potilaat | 3 | 11 | 5 | 9 | 3 | 2,94 |
| Kuvittelin mielenterveyspotilaiden hoidon ahdistavaksi | 2 | 15 | 4 | 7 | 3 | 2,81 |
| Koin mielenterveyspotilaat pelottavimmiksi kuin muut potilaat | 1 | 18 | 4 | 5 | 3 | 2,71 |
| Koin mielenterveyspotilaiden hoitamisen vaikeammaksi kuin muiden potilaiden | 3 | 16 | 4 | 6 | 2 | 2,61 |
| Mielenterveyspotilailla on negatiivinen leima | 8 | 20 | 1 | 1 | 1 | 1,94 |

Taulukko 3: Asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun lähtöä. Vastausten osuudet.

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä | Keskiarvo |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Mielenterveyshoitotyön opinnot olivat käytännönläheisiä | 1 | 1 | 4 | 14 | 11 | 4,06 |
| Tiesin riittävästi mielenterveyshoitotyön menetelmistä ennen harjoittelua | 1 | 1 | 3 | 22 | 4 | 3,87 |
| Mielenterveyshoitotyön teoriaopintoja oli riittävästi ennen harjoittelua | 0 | 6 | 2 | 15 | 8 | 3,81 |
| Perehdyin itsenäisesti mielenterveyshoitotyöhön (esim. kirjoista) | 4 | 12 | 4 | 7 | 4 | 2,84 |
| Tunsin yleisimmät mielenterveyshäiriöt | 6 | 20 | 0 | 5 | 0 | 2,13 |
| Olin läsnä lähiopetustunneilla | 14 | 12 | 0 | 5 | 0 | 1,87 |

Taulukko 4: Koulutuksen tarjoamat valmiudet mielenterveyshoitotyön harjoitteluun. Vastausten osuudet.

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä | Keskiarvo |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Vanhempien asenteet | 3 | 13 | 6 | 1 | 8 | 2,94 |
| Media (esim. TV, radio, Internet) | 2 | 15 | 6 | 3 | 5 | 2,81 |
| Ystävien asenteet | 2 | 16 | 5 | 3 | 5 | 2,77 |
| Yhteiskunta (esim. lainsäädäntö, säästöt) | 1 | 16 | 7 | 5 | 2 | 2,71 |
| Terveysalan ammattilaisten asenteet | 5 | 14 | 4 | 4 | 4 | 2,61 |
| Aiemmat kohtaamiseni mielenterveyspotilaan kanssa | 5 | 12 | 10 | 3 | 1 | 2,45 |

Taulukko 5: Asenteisiin mielenterveyspotilasta kohtaan ovat vaikuttaneet. Vastausten osuudet.

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä | Keskiarvo |
|--|---------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Pystyin soveltamaan teoriaopintoja harjoittelun aikana | 5 | 12 | 5 | 9 | 0 | 2,58 |
| Teoriatietoni olivat riittävät harjoittelun jälkeen | 4 | 16 | 4 | 7 | 0 | 2,45 |
| Mielenterveyshoitotyö kiinnostaa minua | 9 | 13 | 2 | 6 | 1 | 2,26 |
| Suhtaudun mielenterveyshoitotyöhön positiivisesti | 11 | 17 | 0 | 3 | 0 | 1,84 |
| Koin mielenterveyshoitotyön harjoittelun hyödylliseksi | 18 | 10 | 2 | 1 | 0 | 1,55 |

Taulukko 6: Asenteet mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Vastausten osuudet.

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä | Keskiarvo |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Mielenterveyspotilaan hoitaminen on ahdistavaa | 0 | 4 | 3 | 14 | 10 | 3,97 |
| Mielenterveydenhäiriön huomaa ihmisestä päällepäin | 0 | 6 | 3 | 15 | 7 | 3,74 |
| Mielenterveyspotilaat ovat pelottavampia kuin muut potilaat | 0 | 6 | 2 | 18 | 5 | 3,71 |
| Tunsin itseni harjoittelun aikana turhautuneeksi | 1 | 7 | 3 | 11 | 9 | 3,65 |
| Mielenterveyspotilaat ovat vaarallisempia kuin muut potilaat | 0 | 6 | 5 | 17 | 3 | 3,55 |
| Mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeudet ovat samat kuin muilla potilailla | 2 | 6 | 5 | 15 | 3 | 3,35 |
| Mielenterveyspotilaiden hoitaminen on vaikeampaa kuin muiden potilaiden | 1 | 10 | 3 | 16 | 1 | 3,19 |
| Mielenterveyspotilaat ovat tasavertaisessa asemassa muihin potilaisiin nähden | 6 | 6 | 5 | 12 | 2 | 2,94 |
| Vuorovaikutussuhteiden luonti mielenterveyspotilaan kanssa on luontevalta | 6 | 12 | 6 | 7 | 0 | 2,45 |
| Minulla on riittävät taidot kohdata mielenterveyspotilas | 5 | 17 | 4 | 5 | 0 | 2,29 |
| Mielenterveyshoitotyön harjoittelun ohjaajani asenteet vaikuttivat omiin asenteisiini | 10 | 13 | 3 | 4 | 1 | 2,13 |
| Olin aktiivisessa vuorovaikutussuhteessa mielenterveyspotilaiden kanssa harjoittelun aikana | 15 | 9 | 1 | 6 | 0 | 1,94 |
| Asenteeni mielenterveyspotilasta kohtaan muuttuivat positiiviseen suuntaan | 11 | 15 | 5 | 0 | 0 | 1,81 |

Taulukko 7: Asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Vastausten osuudet.